



**El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático: consideraciones para una clínica
diferencial**

Cindy Paola Arango Nieto

Magister en Psicología y Salud Mental

Asesora

Clara Cecilia Mesa Duque, Doctor (PhD) en Filosofía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología y Salud Mental

Medellín, Antioquia, Colombia

2025

El síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático: consideraciones para una clínica diferencial

Resumen

El presente artículo es el resultado de una revisión teórica acerca del concepto de cuerpo en psicoanálisis estableciendo diferencias sustanciales con la perspectiva de la medicina, factor determinante en el abordaje de las enfermedades que consideradas de origen psicológico o no definido. El propósito de este estudio es generar reflexiones entorno a la clínica diferencial del síntoma conversivo y el fenómeno psicossomático en tanto eventos de cuerpo, escenario de aparición de los efectos del significante en él.

Introducción

Existen manifestaciones físicas que irrumpen con el funcionamiento normal del cuerpo y aparece la sospecha de estar enfermo. Ante tal sospecha es usual acudir a los profesionales de la medicina para encontrar la causa de esa aparente alteración orgánica y obtener una cura. Sin embargo, en ocasiones estas manifestaciones anormales en el organismo parecieran no estar asociadas a una falla en este. La medicina ha enfrentado el desafío desde la antigüedad y hasta el día de hoy de atender y curar a los pacientes que consultan por síntomas que no tienen una etiología biológica. El médico emprende una búsqueda que permita diagnosticar para luego curar; pero resulta desconcertante que los resultados de las pruebas sean difusos, derivando en el diagnóstico de enfermedades por descarte. No sólo el diagnóstico es un largo camino, sino también el tratamiento, la sintomatología reaparece o no responde satisfactoriamente al tratamiento sugerido por el profesional.

Así pues, el fenómeno que motiva esta investigación se ha observado en contextos hospitalarios y ambulatorios en el campo de la salud. Sujetos que no encuentran una respuesta a

su sufrimiento en el saber médico bien sea porque este no encaja en las guías diagnósticas, o porque, aunque ya han sido diagnosticados, no responden de manera satisfactoria al tratamiento y presentan recaídas frecuentes.

Trastornos de conversión, fibromialgias, enfermedades reumáticas, autoinmunes, huérfanas, lesiones dermatológicas, alteraciones hipertensivas, son algunas de las enfermedades que parecen no tener causas legiblemente orgánicas y que ponen en cuestión el saber de la medicina. Según Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo Mata (2017) la fibromialgia se presenta en el 2,10% de la población mundial y en el 3,69% de población en la Comunidad Autónoma Valenciana, ésta genera un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas. Así también, Londoño J., Peláez Ballestas I., Cuervo F., Angarita I., Giraldo R. et al (2018) estimaron en su estudio sobre enfermedades reumáticas que el 48% de los participantes reportó algún tipo de dolor no asociado con trauma. Las zonas del cuerpo más nombradas fueron rodillas (35%), manos (26%), columna lumbar (20%) y hombros (16%). Los autores consideran que este tipo de enfermedades constituyen un problema de Salud Pública en tanto afecta la calidad de vida de la población.

Daniel G. Fernández, reumatólogo colombiano, realizó un estudio sobre la percepción de los médicos reumatólogos en Colombia acerca de la fibromialgia en el año 2020 encontrando que uno de cada cuatro reumatólogos considera que no hay evidencia suficiente para clasificar a la fibromialgia como una enfermedad, pues la poca claridad acerca de su etiología genera dudas incluso de su existencia, no obstante; el estudio informa que aproximadamente el 4% de la población mundial es diagnosticada con fibromialgia. El especialista afirma que la complejidad en el abordaje de esta enfermedad radica en que el principal síntoma reportado por el paciente es el dolor generalizado, acompañado de otros signos difíciles de cuantificar como la fatiga y las

alteraciones en el sueño. Es en ese sentido que D. Fernández se refiere al tratamiento de la fibromialgia como un proceso frustrante tanto para el médico que quiere ayudar al paciente, como para el mismo paciente, de quien señala que puede haber pasado hasta por 4 especialistas antes de llegar a reumatología, sin tener un diagnóstico claro, ni un tratamiento que ayude a reducir el dolor.

Asimismo, estas enfermedades no sólo representan un desafío para el saber médico, sino también para el paciente, quien continúa experimentando los síntomas, percibe inútil el tratamiento que se le ofrece y generalmente termina enfrentándose a que se ponga en cuestión si está enfermo o no, negando el sufrimiento que lo impulsa a buscar los servicios de salud.

La Secretaría de Salud de Medellín publicó en el año 2024 un artículo llamado: “pacientes con enfermedades huérfanas: más que raros, únicos nunca invisibles” en el cual se relata la experiencia de una paciente quien recorrió un largo camino de múltiples exámenes especializados, incontables ingresos por urgencias y hospitalizaciones por más de un año sin obtener un diagnóstico claro. La paciente recuerda las palabras del intensivista quien la denominó como el “coco de la clínica” porque “le dio en el coco a todos”, con esta expresión el médico quería decir que no lograban encontrar un diagnóstico y por tanto lo único que podrían ofrecerle era “salvarle la vida cada vez que acudiera por urgencias”. Después de un poco más de un año de estudios, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, la paciente encontró un médico que luego de revisar minuciosamente su historia clínica le diagnosticó con una enfermedad huérfana o rara, caracterizada precisamente, como su nombre lo indica, por síntomas poco usuales y que no apuntan a un diagnóstico común; incluso no existe un tratamiento establecido, sino más bien experimental, o por ensayo y error. En el caso de la paciente del artículo su tratamiento fue, en sus palabras: aprender a convivir con la enfermedad.

En ese orden de ideas, podemos ver que hay algo del sufrimiento en el cuerpo del paciente que no encuentra lugar en el saber de la medicina y esto interesa pensarlo pues continúa siendo un fenómeno clínico vigente, recurrente en la práctica profesional al interior de las instituciones de salud. El psicoanálisis nos permite ampliar la mirada acerca del hombre y su sufrimiento comprendiendo algo de su singularidad que escapa a los protocolos y guías diagnósticas de la medicina.

Entonces, con el presente estudio pretendemos profundizar en los conceptos teóricos desde el psicoanálisis para comprender qué es lo que se afecta del sujeto cuando el saber médico no alcanza para comprender el cuerpo enfermo, y a partir de lo encontrado nutrir nuevas orientaciones para la escucha y el acompañamiento individual a estos pacientes desde el Trabajo Social en contextos hospitalarios.

En esa medida, la pregunta que nos orienta en la investigación es ¿Qué es lo que se afecta en el sujeto que manifiesta una enfermedad en el cuerpo cuando su causa no es legiblemente orgánica? Con miras a cumplir tres objetivos:

- ✓ Establecer las diferencias teóricas entre la medicina y el psicoanálisis en la comprensión y abordaje del sufrimiento del sujeto manifiesto en el cuerpo, sin causa orgánica aparente.
- ✓ Profundizar en los conceptos psicoanalíticos que permiten una comprensión del sufrimiento del sujeto manifiesto en el cuerpo por medio de la revisión de fuentes teóricas y algunos estudios de caso.
- ✓ Aportar elementos de reflexión para realizar una clínica diferencial de las alteraciones corporales que se presentan hoy y no están asociadas a causas biológicas.

Hay que decir que este fenómeno ha despertado el interés de la medicina por comprender qué sucede con las enfermedades que no manifiestan una alteración orgánica, la hipótesis médica es que su origen es psicológico. La medicina psicosomática por ejemplo nace bajo un enfoque que se opone a la idea tradicional dualista del ser humano el cual propone que mente y cuerpo son entidades separadas. Más bien, se orienta por concepciones holistas que consideran al ser humano como una totalidad, proponiendo una interrelación entre lo psíquico y lo somático (B. Sadin, P. Chorot, M. A. Santed y M. P. Jimenez, 1995, P. 403).

Ahora bien, éste fenómeno también se encuentra en el origen del psicoanálisis. Precisamente Freud, médico y neurólogo, desarrolla su investigación en este contexto de enfermedades inexplicables desde lo orgánico y, resistentes a los tratamientos médicos. Así, Freud sienta las bases de la teoría del psicoanálisis, con diferencias esenciales a los postulados de la medicina. Esto se desarrollará más adelante, pero vale mencionar que esta distancia puede encontrarse en la manera en que se concibe la relación psique-soma y más precisamente en qué es el cuerpo para la medicina y qué es para el psicoanálisis.

En ese orden de ideas desarrollaremos algunos antecedentes de la medicina psicosomática y revisaremos las investigaciones freudianas sobre este fenómeno, profundizando en el concepto de cuerpo desde el psicoanálisis a partir de tres capítulos: el organismo no es el cuerpo; el cuerpo: una imagen proyectada por el Otro; la incorporación del Otro: efectos de sentido y sinsentido; el cuerpo es el desierto del goce; el goce está fuera del cuerpo; El Nudo Borromeo: tres registros anudados, y finalmente una reflexión sobre la clínica diferencial.

De esta forma, la investigación va dirigida a los profesionales de las diferentes áreas del conocimiento que convergen en las instituciones de salud en la atención a estos casos enigmáticos que estén dispuestos a cuestionar los paradigmas que han orientado su práctica desde el discurso médico, a preguntarse a quién se recibe en el consultorio, y a expandir su perspectiva con el objetivo de fortalecer su capacidad profesional para acoger, escuchar y comprender el sufrimiento de estos sujetos que develan la insuficiencia de la respuesta estandarizada por el protocolo, y que demandan una muy singular, tan singular como su caso.

Metodología

Realizamos la investigación bajo un enfoque teórico con el fin de responder al objetivo de abordar conceptos claves para pensar el fenómeno de interés. Pusimos en tensión dos campos del saber: la medicina y el psicoanálisis, con respecto a la relación psique-soma. Empleamos el método comparativo para identificar diferencias teóricas importantes. El desarrollo de estos antecedentes nos permitió encontrar que la concepción sobre el cuerpo es diferente en la medicina y el psicoanálisis, y nos orientó hacia el objetivo de indagar qué es el cuerpo para el psicoanálisis y su relación con el lenguaje. A su vez, en esta revisión teórica encontramos que ese sufrimiento manifiesto en el cuerpo del sujeto, sin causas orgánicas se aborda desde el psicoanálisis a partir de dos nociones: el síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático, surgiendo entonces la oportunidad por establecer una comparación entre ambas a la luz del desarrollo de la teoría del psicoanálisis en Freud y Lacan.

Para estos fines empleamos técnicas propias del enfoque teórico y el método comparativo como las fichas de lectura, comentarios de texto y cuadros comparativos. se revisaron fuentes primarias de la obra de Freud como *Un estudio comparativo entre las parálisis motrices orgánicas y las parálisis histéricas*, *Introducción al Psicoanálisis*, *Más allá del principio del*

placer, Inhibición síntoma y angustia; también de la obra de Lacan como, *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, Radiofonía, Seminario XI, Conferencia de Ginebra,* entre otros. Así también fuentes secundarias como estudios realizados por autores como Colette Soler y Bernard Nominé que permitieron ampliar y comprender los conceptos propuestos por los autores principales.

Antecedentes

La medicina ha desarrollado estudios para explicar la influencia de otros factores diferentes al biológico (psicológicos, del entorno, etc.) en las enfermedades. Su hipótesis es que lo psicosomático tiene que ver con una afección somática cuya causa es psíquica. Según B. Sadin, P. Chorot, M. A. Santed y M. P. Jiménez, los estudios epidemiológicos demuestran que los factores psicológicos en enfermedades crónicas como el cáncer, la enfermedad coronaria, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de estos tipos de enfermedades. Factores como la presencia de estresores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las conductas relacionadas con la salud, las características personales y los modos de reacción al estrés han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (1995, p.402).

B.Sadin et all (1995), citan a Lipowski, para aclarar que el término psicosomático no debería ser utilizado para implicar causalidad, sino para referirse a relaciones recíprocas entre los factores psicosociales y biológicos. Los autores recopilan algunas teorías para explicar la medicina psicosomática:

Teorías de especificidad, estímulo-respuesta. Autores como Ax (1953), Lundberg y Frankenhaeuser (1980) y Schwartz, Weinberger y Singer (1981) constataron que los tipos de respuesta fisiológica de estrés (por ejemplo, cambios en la frecuencia cardiaca, presión arterial,

tasa respiratoria, niveles hormonales, etc.) se asociaban a características de la propia situación; es decir, qué tan estresante, desafiante o conflictiva podría resultar una situación para el individuo.

Wolf y Wolff realizaron un trabajo de investigación en 1947 relacionado con el caso de Tom, un paciente a quien se le practicó una fistula gástrica por problemas gastro-intestinales. El experimento consistía en exponer al paciente a estímulos inductores de ira y miedo, evidenciando al interior del estómago el incremento y la reducción de los jugos gástricos según el estímulo. Concluyeron que determinados estímulos producen reacciones específicas en el organismo (B.Sadin et all, 1995, P.408).

También están las teorías de especificidad individuo-respuesta, el individuo tiende a responder al estímulo estresante con hiperactividad de alguna modalidad fisiológica (cardíaca, respiratoria, gastrointestinal, etc.). Una de las modalidades de estas teorías es de la debilidad del órgano, que plantea que una persona tiene predisposición a enfermar en una parte específica del cuerpo, indiferentemente del tipo de estresor. Esta debilidad puede estar relacionada con predisposición genética o por enfermedades anteriores. (B.Sadin et all, 1995, P.408).

Otra de las teorías más conocida es la Dunbar (1947), la autora sugirió que los trastornos psicossomáticos se asociaban a determinados tipos de personalidad. También la teoría de Strenbach (1966) sugiere, bajo el enfoque de la teoría de sistemas, que el organismo se autorregula mediante mecanismos de feedback, así la respuesta lleva a una activación mantenida de un mismo subsistema fisiológico durante el estrés que a su vez, conduce a una ruptura de la regulación homeostática del subsistema afectado. También enfatiza que la evaluación cognitiva que realiza el sujeto sobre la situación mediatiza las respuestas fisiológicas y conductuales asociadas al estrés. (B.Sadin et all, 1995, P.410).

Por último, la teoría de especificidad psicológico-física. Se refiere a una asociación entre las descripciones psicológicas y físicas de la respuesta (enfermedad). Por ejemplo, cuando se dice que la ira reprimida se asocia con la hipertensión esencial, la presencia de ira reprimida se infiere del informe del paciente (por ejemplo, lo que este dice, expresa o auto informa); y la relación con un conjunto de variables psicológicas por el tensiómetro

También está la teoría del conflicto de Alexander (1950) que propone que la activación de conflictos inconscientes (reprimidos) específicos producen reacciones fisiológicas que causan o exacerban una enfermedad. El autor asoció la hipertensión esencial con la activación de conflictos relacionados con la hostilidad y la competitividad, y el asma con la activación de conflictos relacionados con dependencia excesiva y no resuelta hacia la madre. (B.Sadin et all, 1995, p.410).

Las manifestaciones psicósomáticas también han sido estudiadas por el médico Felix Deutsch, quien retoma a Marie Bonaparte para exponer los criterios que permiten delimitar qué enfermedades podrían corresponder a una enfermedad psicósomática: son causadas por una acción del individuo; por ejemplo, fracturas, enfermedades adquiridas por contagio o provocadas por falta de higiene. Las producidas por problemas emocionales que influyen directa y desfavorablemente sobre el sistema nervioso y el sistema endocrino; por ejemplo, el aumento de secreción de adrenalina que se traduce en hipertensión y trastornos cardiacos y gastrointestinales. Las causadas por falta de inmunidad a las infecciones y las que se reproducen simbólicamente como fantasías de una clase u otra (1950, P. 31).

Deutsch (1950), a diferencia de Bonaparte cree que las enfermedades psicósomáticas se encuentran sólo en los primeros dos casos. Él menciona que no sería posible generar una disminución en el sistema inmune por causas psicológicas. Lo que es contradictorio con la

misma idea de la medicina psicosomática; además, no corresponde con las enfermedades autoinmunes que son consideradas actualmente como Psicosomáticas e implican una alteración en este sistema por causas psíquicas.

Deutsch (1950), comenta el estudio, León J. Saul, y concluye que el origen de los fenómenos psicosomáticos responde a la vulnerabilidad frente al stress emocional al que se someten los sistemas fisiológicos a través de los cuales se obtiene la gratificación en la primera infancia.

De un lado más orientado por el psicoanálisis Bueno (2012), realizó un estudio sobre las enfermedades autoinmunes en el cual identificó relaciones entre la enfermedad, las recaídas, la adherencia del paciente al tratamiento y su lugar en el deseo del Otro, formulando algunas hipótesis que apuntan a que la enfermedad puede tener una función de solución para el paciente, específicamente en el campo de las relaciones. En este estudio la autora destaca lo valioso del dispositivo psicoanalítico para dar lugar a la verdad del sujeto que se encuentra forcluído en el discurso de la medicina.

Ahora bien, no es posible desarrollar los antecedentes de este tema sin ir a Freud quien precisamente funda el psicoanálisis investigando sobre las neurosis y propiamente sobre la histeria, proveyendo de elementos fundamentales para comprender qué es lo que se afecta en el cuerpo enfermo cuando no hay evidencias de ello en los análisis médicos. En 1893, con su *estudio comparativo sobre las parálisis motrices orgánicas y las parálisis histéricas*, demuestra que puede existir una alteración en la funcionalidad de un órgano sin causa orgánica. Con este estudio Freud responde a la pregunta ¿de qué orden es la lesión histérica?

Inicialmente Freud expone la existencia de dos tipos de parálisis orgánicas; es decir, aquellas en las que se puede comprobar con estudios médicos una lesión orgánica que ocasiona

la parálisis. Estas son: las parálisis perifero-espinal y la parálisis cerebral, ambas se diferencian por su estructura en el sistema nervioso. En ellas no es relevante la naturaleza de la lesión pues ya se sabe que orgánica, sino su extensión y ubicación. Esto es importante revisarlo para luego comprender las parálisis histéricas.

En la parálisis perifero-espinal cada elemento de la periferia corresponde a otro dentro del terminal nervioso. La periferia se proyecta sobre la sustancia gris de la médula punto por punto; en esa medida, estas parálisis se caracterizan porque pueden presentarse en un músculo aislado de los demás según el punto y la extensión en que se dio la lesión. Por ejemplo: la parálisis facial en la enfermedad de Bell o la parálisis en la poliomielitis infantil. Freud las denominó parálisis de proyección.

Por su parte, en la parálisis cerebral el número de fibras conductoras a la corteza cerebral no son suficientes para producir una segunda proyección. Entonces Freud supone que las fibras de la médula hacia la corteza cerebral ya no representan uno a uno los elementos periféricos, sino que representan un grupo de éstos. En ese sentido, la reproducción de la periferia a la corteza no es idéntica sino una relación de fibras representativas; por eso Freud las nombró: parálisis de representación. Estas parálisis se caracterizan porque atacan una amplia zona de la periferia. Por ejemplo, una extremidad, una parte de esta o todo un aparato motor complejo pero nunca un músculo individual.

Con todo esto, Freud encontró que las parálisis histéricas simulaban a las parálisis de representación o cerebrales en términos de las zonas paralizadas y las reacciones señalando unas diferencias esenciales que se desarrollarán más adelante; no obstante, no encontró que se presentaran parálisis histéricas similares a las perifero-espinales o de proyección; así pues, su hipótesis era que en la Histeria la lesión “debe ser por completo independiente de la anatomía del

sistema nervioso...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” (1893, p.206).

En ese orden de ideas, Freud explica que la histérica no puede simular parálisis de tipo perifero-espinales porque desconoce la distribución de los nervios, entonces sería imposible para ella simular una parálisis proyectiva. Al contrario, puede simular una parálisis de tipo cerebral dado que la histérica construye su propia idea de la anatomía guiada por sus sentidos del tacto y de la vista: “toma los órganos en el sentido popular del nombre que llevan: la pierna es la pierna, hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja bajo los vestidos...” (1893, p.206).

No obstante, aunque la histérica puede simular este tipo de parálisis se presentan unas diferencias en aspectos como la disposición, la sensibilidad, la intensidad y la más importante, la naturaleza de la lesión que ocasiona la parálisis, tal como se visualiza en el siguiente cuadro comparativo:

Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas, 1893, S. Freud		
<i>“puede existir una alteración funcional sin lesión orgánica...palpable, aun mediando el análisis más delicado” (S. Freud, 1893, p. 207)</i>		
Diferencia	Parálisis Cerebral Orgánica	Parálisis Histérica
Disposición	Siempre afecta un grupo muscular complejo, nunca aislado. Ej: mano -brazo - espalda. El segmento periférico se afecta más que el central. Ej: la mano está más afectada que la espalda.	Puede producir parálisis en músculos aislados o muy delimitada. Ejemplo: sólo la mano. Puede presentarse mayor afectación en la zona central que en la periférica. Ej: percibir mayor afección en la espalda que en la mano.
Sensibilidad	No se da una pérdida drástica de sensibilidad, esta se conserva.	La pérdida absoluta de sensibilidad es frecuente. Anestesia total.
Intensidad	No se presenta con tanta intensidad. Ej: en la afasia se conserva la posibilidad de pronunciar algunas palabras como: sí, no	Manifestación intensa de los síntomas. Ej: en la afasia hay una pérdida absoluta del habla
Naturaleza de la lesión	Orgánica , del tipo de representación.	La lesión es en la representación simbólica del órgano afectado : <i>“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...toma los órganos en el sentido popular del nombre que llevan”</i> (p.206).
<i>“La concepción del brazo no es accesible para las asociaciones e impulsiones conscientes porque toda su afinidad asociativa, por así decir, está saturada en una asociación inconsciente con el recuerdo del trauma, productor de esta parálisis” (p.209)</i>		

Tabla 1. Diferencias entre la parálisis cerebral orgánica y la parálisis histérica Nota.

Elaboración propia a partir del Estudio Comparativo entre estas parálisis de Freud, 1893.

Es importante resaltar que con este estudio Freud, logra demostrar que es posible la alteración funcional de un órgano sin que este se encuentre afectado. Freud explica que la anatomía de la histérica consiste en la representación perceptiva de los órganos, se puede entender que la naturaleza de la lesión histérica consiste en una ruptura en la cadena asociativa o de representación, lo aclara con el siguiente ejemplo: “la parálisis del brazo consiste en el hecho de que la concepción del brazo no puede entrar en asociación con las otras ideas que constituyen al yo del cual el cuerpo del individuo forma una parte importante” (1893, p.208). Continúa explicando que la parálisis histérica ocurriría entonces cuando se da una asociación inconsciente entre la representación del órgano y el recuerdo del trauma que ocasiona la parálisis. Con este desarrollo Freud no sólo contesta que la naturaleza de la lesión histérica es psíquica; es decir, del orden de la representación, sino que también demuestra que “puede existir una alteración funcional sin lesión orgánica...palpable, aun mediando el análisis más delicado” (1893, p.207).

Hasta aquí es pertinente notar entonces las diferencias entre la medicina y el psicoanálisis frente a las enfermedades por causas psicológicas. La primera estudia la interacción entre el organismo y los factores psicológicos del sujeto, pero sus teorías terminan apuntando a dos entes separados. De igual forma, aunque describen la multicausalidad de las enfermedades con base en el paradigma de la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de todas las enfermedades, se crea una ambigüedad para delimitar las enfermedades orgánicas y las de origen psicosomático. En ese sentido, podríamos preguntarle a esta rama de la medicina si todas las enfermedades son multicausales, entonces ¿todas deberían considerarse y abordarse como enfermedades psicosomáticas?

Por su parte, Freud desarrolla una clínica detallada de las parálisis motrices orgánicas e histéricas que permite comprender cómo operan las alteraciones a nivel de la representación (las causas psicológicas de la enfermedad) y por qué se evidencian estas alteraciones psíquicas en afectaciones funcionales de un órgano que no presenta alguna lesión orgánica. Esta demostración es importante porque introduce una idea fundamental: la anatomía de la representación; es decir, Freud encontró que existe una anatomía que no es orgánica pero que es muy influyente en ésta. Así, nos da paso a profundizar en la noción de cuerpo en psicoanálisis y a desarrollar la pregunta por ¿cómo una idea, representación o concepción podría reflejarse en la alteración de la funcionalidad del cuerpo?

El organismo no es el cuerpo

En psicoanálisis el ser humano nace con un organismo: la carne del viviente; sin embargo no nace con un cuerpo. Existe una disonancia fundamental entre el organismo y la experiencia perceptiva del pequeño humano quien no puede hacerse a una imagen completa de la carne viviente con la que nace, esta percepción es más bien fragmentada. Lograr esa unidad implica una construcción psíquica, como lo explicaba Freud. Es en ese sentido que Lacan menciona que el cuerpo es una realidad (Soler, 1993, p. 94). En consecuencia, el cuerpo no es el organismo, el cuerpo es una construcción porque es de la realidad, implica lo simbólico, al lenguaje y esto tiene efectos en el cuerpo. Freud (1923, p.27), decía “El yo...no es sólo una esencia-superficie, sino él mismo la proyección de una superficie”.

En ese orden de ideas B. Nominé (2007), hace una interpretación geométrica del mecanismo de la proyección presentado por Freud. Forma un esquema compuesto por una lámpara como centro de proyección, el cuerpo real (organismo) y una pantalla que proyecta al cuerpo real como imagen. El autor interpreta que a través de la proyección el sujeto puede

percibir su organismo en tanto cuerpo real, como una sombra. Esta sombra es generada a partir de la lámpara que representa el punto desde donde el Otro mira al cuerpo del sujeto y proyecta en él un conjunto de representaciones significantes que constituyen su imagen, su yo. Es decir, hay algo del organismo que no puede ser aprehendido por eso se le llama cuerpo real, y se hace necesario una traducción que produzca una imagen, a través del sentido que el Otro le da al cuerpo real del sujeto.

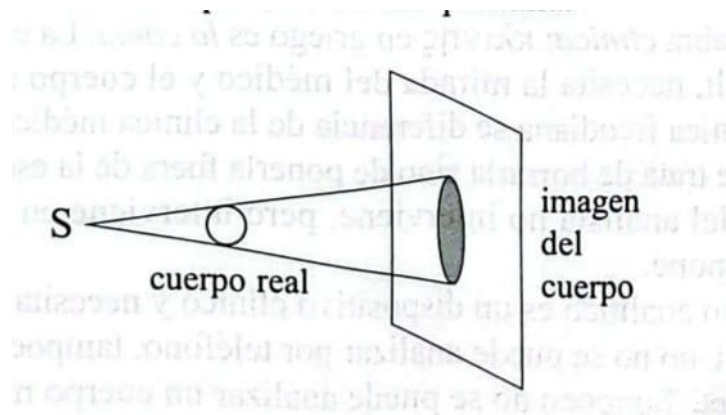


Figura 1. El yo, la proyección del cuerpo real.

Nota. Imagen tomada de *Clinica psicoanalítica: Cuadernos de una enseñanza itinerante*, por B. Nominé, 2007, Editorial Ánfora, p.10.

Por consiguiente, hasta este punto podemos definir el cuerpo como un puente que conecta el organismo y la representación psíquica que el sujeto se hace sobre él. Esta construcción acerca las fronteras entre la anatomía y lo psíquico creando una dialéctica entre lo real y la realidad. Esto posibilita entonces que el cuerpo sea el escenario de aparición de lo que se reprimió a nivel psíquico. A estos efectos Freud los denominó síntomas.

En 1917 Freud publica el texto *Conferencias de introducción al Psicoanálisis* del cual podemos extraer dos afirmaciones fundamentales: el origen de toda neurosis es el trauma, y el trauma es siempre de origen sexual. En este texto plantea tres escenarios infantiles traumáticos y típicos que implican el encuentro cuerpo a cuerpo: la seducción, el coito entre los padres y la castración. Con esto se mantiene en su tesis del origen sexual del trauma; además, concluye que no es relevante si el recuerdo de alguna de estas escenas ocurrió en efecto o es una fantasía; es

decir, un recuerdo falso o incompleto como generalmente se presentan, pues en un caso o en otro tienen el mismo efecto en el individuo.

Freud (1917), expone entonces que todos los sujetos tienen un recuerdo que está ligado a la sexualidad infantil el cual es traumático y típicamente hace alusión a un encuentro cuerpo a cuerpo bien sea por la seducción del padre, el coito entre los padres o la castración. Este recuerdo es evidencia de una fijación libidinal en alguna de las pulsiones parciales: oral, anal, escópica o invocante. Con lo que se puede entender que para Freud el trauma es del origen sexual. En este momento de su enseñanza propone que el esquema del síntoma es: recuerdo traumático, represión y retorno de lo reprimido.

En 1920, con su texto *Más allá del principio del placer*, Freud propone una definición económica del trauma, este se concibe como de un exceso de excitación que no se puede detener lo que marca una repetición, esto es el más allá del principio del placer. La forma de contenerla es hacerla pasar por el discurso permitiendo el desplazamiento de representación en representación. También distingue entre las excitaciones internas y externas para señalar que de las externas se puede huir y crear una distancia por ejemplo, las agresiones sobre el cuerpo viviente. Mientras que en las internas; es decir, de las sexuales la alternativa es el discurso.

En este texto Freud (1920), continúa desarrollando el origen del trauma en lo sexual, introduciendo la noción de un destino mortífero que se marca en la infancia como algo inevitable, se refiere a tres desgracias de la infancia: el fracaso por la búsqueda frustrada de la satisfacción pulsional, la decepción del amor y la traición por la llegada de otros niños, el esfuerzo infructuoso del niño por procrear un niño, lo que resulta en humillación. Esta fatalidad asociada con la imposibilidad de la satisfacción pulsional del niño establece entonces otro asunto

estructural y es la discordia originaria entre el organismo y lo psíquico, aspecto que se encuentra también en el origen del trauma.

Posteriormente, en 1926 con su texto *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud establece dos momentos con relación al trauma: en un primer momento la situación traumática en tanto experiencia vivida por el sujeto en la cual se enfrenta a su condición de desamparo, dado que no cuenta con la capacidad para responder a sus pulsiones sexuales; es decir, experimenta una situación de peligro por un exceso de excitación que no tiene cómo entender. Este primer momento es lo que ocasiona lo que Freud denominó la angustia real. En un segundo momento, el individuo es confrontado por otra situación que le hace recordar el primer peligro, así lo prepara o lo alerta. Este segundo escenario lo nombró la angustia señal.

Así, Freud (1926) para continuar con su tesis del origen sexual del trauma, plantea cuatro situaciones de desamparo comunes en cada etapa. La primera es el peligro del abandono psíquico con la primera aparición del yo en el bebé. En el segundo se presenta durante la primera infancia con el peligro a la pérdida de objeto de amor debido a la falta de independencia del niño. En un tercer momento el peligro de la castración durante la fase fálica; y finalmente en la etapa de latencia el peligro del Superyo. En ese sentido, Freud propone un nuevo esquema para el síntoma: el síntoma es retorno de lo reprimido y la represión es el efecto de la angustia. Por su parte la angustia es efecto del encuentro con una situación traumática, como una señal del trauma original. De esta forma Freud reitera su tesis del origen traumático de toda neurosis.

El cuerpo: una imagen proyectada por el Otro

Lacan retoma la teoría de la proyección presentada por Freud a través de la metáfora óptica que denominó *El estadio del espejo*. En esta obra enfatiza en la fragmentación de la imagen del niño al nacer y cómo *la imago* tiene una función unificadora: “establecer una relación

del organismo con su realidad” (2009/1949, p.102). Esta unidad genera una transformación que el autor denomina *identificación*; es decir que la construcción de la unidad en el pequeño humano no sólo implica la proyección de una imagen a través de los sentidos perceptivos, sino que ésta le viene de un Otro, quien otorga un sentido y un valor a dicha imagen especular. De esta manera, la imagen toma para él pequeño la representación de sí mismo para el Otro.

Posteriormente, Lacan en 1960 hace una relectura del estadio del espejo a través del experimento de Boausse para presentar un esquema óptico en el que se puede observar el principio del espejo esférico. El experimento de Boausse disponía los elementos de la siguiente manera: un espejo esférico, un florero ubicado en una caja en el centro de la curvatura del espejo esférico, y un ramo de flores al interior de la caja ubicado al revés, tal como se observa en la figura 2. Del experimento resultaba una imagen real $i(a)$, en la cual el observador podía percibir el florero rodeando el ramo de flores al derecho.

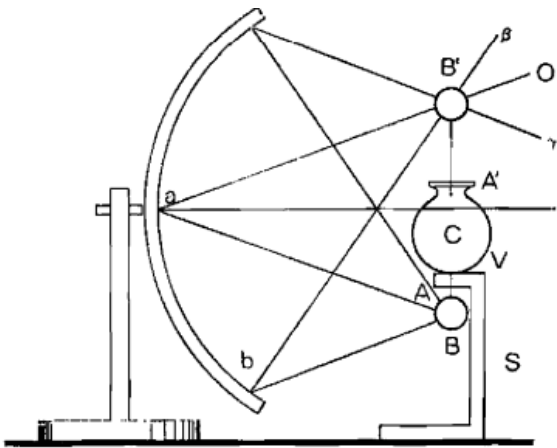


Figura 2. Esquema óptico de Boausse.

Nota. Imagen tomada de Observaciones al informe de Daniel Lagache, Escritos 2. Por J. Lacan. P. 653.

Ahora bien, Lacan hace unas modificaciones a este esquema así: ubica el florero al revés dentro de la caja, añade un espejo plano (A); y sitúa un lugar específico para el observador al borde del espejo esférico S tal como se observa en la figura 2. El resultado del experimento es que el observador, debido a la posición en la que está ubicado no puede percibir la imagen real

$i(a)$ pero si percibe en la imagen virtual $i'(a)$, allí ve el florero al derecho rodeado con su cuello el ramo de flores. A saber, Lacan, metaforiza con el florero al interior de la caja “el poco acceso que tiene el sujeto a la realidad de ese cuerpo, que se pierde en su interior...y que viene a coserse a ella alrededor de los anillos orificiales” (1960, p. 655). También, el espejo plano A representa el lugar del Otro quien valida la imagen real $i(a)$ inaccesible para el sujeto produciendo una representación virtual $i'(a)$ que si puede ser percibida; en otras palabras, da un sentido a la imagen real producto de la autocontemplación del pequeño humano. Así pues, en la construcción participa una dimensión imaginaria que tiene que ver con la proyección especular, pero también una dimensión simbólica en la que el sujeto da un sentido a esta imagen que se le proyecta.

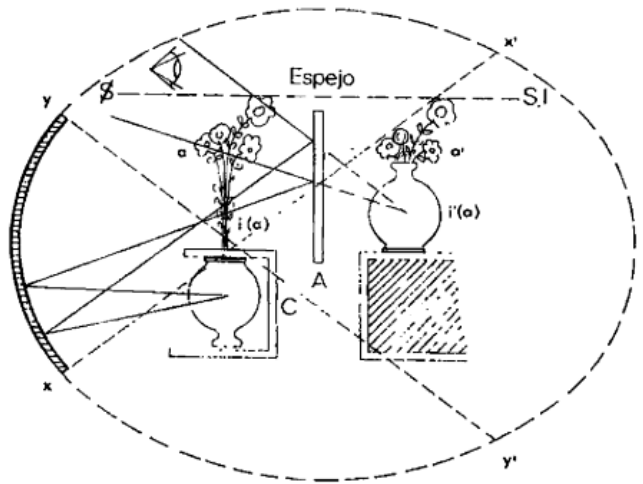
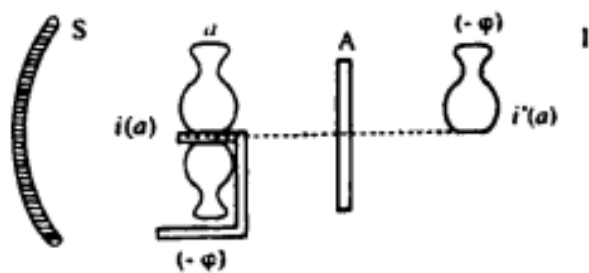


Figura 3. El esquema óptico de Lacan.

Nota. Tomado de Observaciones del informe de Daniel Lagache, Escritos 2. Por J. Lacan, p. 654.

Más adelante, Lacan en 1962 en el Seminario 10 sobre la Angustia simplifica el esquema óptico y dispone dos escenarios: al lado izquierdo el imaginario y del lado derecho el simbólico. Además elimina el objeto real: el ramo de flores, objeto a . Con esto la imagen real $i(a)$ aparece con el florero rodeando un vacío; esto hace alusión al resto del cuerpo real que no entra en la imagen especular. Así también, en la imagen virtual $i'(a)$ el Otro traduce ese vacío como una falta escrita como $-\phi$, en tanto hay algo de la imagen especular que no entra en la representación significante del Otro. Esta idea de los restos es fundamental y se desarrollarán los siguientes segmentos.



Esquema simplificado

Figura 4. Esquema simplificado.

Nota. Tomado de *Del cosmos al Unheimlichkeit*. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La Angustia* (1.ª ed.). Paidós. (Seminario dictado en 1962–1963) (p.49).

En efecto, con lo que hemos desarrollado hasta ahora para describir cómo se construye el cuerpo podríamos hacer dos señalamientos importantes. En primer lugar, la fragmentación o disonancia entre el organismo y su realidad que se pretendía superada con la imagen especular y que era considerada causa exclusiva de la inmadurez neurológica del ser humano resulta ser un asunto estructural que trasciende lo anatómico. Esto es lo que Lacan demuestra con su metáfora del esquema óptico al graficar los vacíos como restos del cuerpo real que van quedando cuando éste intenta ser representado bien sea en la dimensión imaginaria o en la simbólica, cada vez que la carne viviente es rodeada por alguna de estas dimensiones deja un resto, la fragmentación entonces no se supera sino que es estructural. En segundo lugar, a propósito de los restos de

cuerpo real en forma de vacío como resultado de la entrada en lo imaginario y en simbólico, Nominé considera que con el esquema óptico se pueden evidenciar los tres registros en el cuerpo: real (lo intraducible), imaginario i(a) (la imagen especular), y simbólico i'(a) (traducción del Otro), todos ellos anudados alrededor de un vacío convertido en falta y con esto interpreta que la realidad del cuerpo se construye a partir de su anudamiento "... podemos hablar de lo real del cuerpo, de la imagen del cuerpo y al final del cuerpo simbólico, o sea del cuerpo como Otro. Tres cuerpos anudados para llegar a la realidad del cuerpo" (2007, p.17).

La incorporación del Otro: efectos de sentido y sinsentido

En un segundo momento de la enseñanza de Lacan se pone el énfasis en la dimensión simbólica del cuerpo, en Radiofonía desarrolla una serie de asuntos al respecto importantes a considerar. El primero de ellos es la noción de lo simbólico como cuerpo en la medida que éste es un conjunto de relaciones entre significantes organizados por leyes gramaticales y de sentido; por consiguiente, el cuerpo de lo simbólico es el que da origen al cuerpo simbólico, en las palabras de Lacan "El primer cuerpo hace que el segundo ahí se incorpore" (1970/1993, p. 11). En este sentido, Nominé (2007), concluye que lo simbólico no es el Otro sino que, el Otro necesita de un cuerpo y es efecto de la encarnación del cuerpo de lo simbólico. Así, este autor señala que el cuerpo de lo simbólico y el cuerpo simbólico no son lo mismo.

Ahora, retomando a Lacan en Radiofonía es importante destacar el señalamiento que hace frente a la condición incorporal del cuerpo de lo simbólico; esto quiere decir que el conjunto de significantes existe antes de ser incorporado; sin embargo es incorporado que produce cuerpo. Por lo tanto, Lacan afirma que "aquél cuyo ser que en él se sostiene no sabe que es el lenguaje que se lo discierne, hasta el punto de que no se constituiría si no pudiera hablar" (1993, p.11). En esa misma línea Soler (1993), define el cuerpo como un atributo entregado por

el lenguaje señalando además que esta tesis lacaniana hace referencia a una más general según la cual hay hechos solamente si son dichos. Con todo esto se puede entender que la incorporación del Otro produce cuerpo.

En segundo lugar, es necesario hacer una acotación con respecto a la dimensión simbólica del cuerpo en tanto incorporal. Esta no se refiere a la cadena significante; a saber, el viviente afectado por el lenguaje produce unas marcas, unas huellas de goce en el cuerpo y esto inaugura lo Uno, como rasgo único y singular en el sujeto. Soler, citando a Lacan en su texto *De la psicanálisis en sus relaciones con la realidad*, escribe “el cuerpo hace el lecho del Otro por la operación significante” (1993, p.102). Esta marca tiene un efecto de despedazamiento: negativiza la carne. Dice la autora que es gracias a este despedazamiento que el niño; por ejemplo, puede concebir que tiene órganos y cada uno tiene una función.

Es interesante la paradoja que se introduce en este punto entre el organismo fragmentado estructuralmente y la construcción del cuerpo a quien se le atribuye la función de producir unidad; pero es precisamente la introducción del cuerpo hablado que despedaza al cuerpo, en el sentido que mencionamos: permite que el sujeto tenga una idea de sus órganos, les atribuya una función y localice a cada uno. En efecto, el despedazamiento no sólo es en términos de los órganos; sino que el viviente en el significante genera un efecto de goce en el cuerpo. El significante recorta el goce del cuerpo, lo limita y es en este sentido que se dice que lo mortifica. Para ampliar esta idea será necesario abordar con un poco más a detalle el asunto del goce que como ya se anunció, sufre unos efectos producto del significante en el cuerpo.

Soler (1993), comenta frente al goce que en primera instancia no es un término freudiano, sino que viene de Lacan. En ese sentido, es totalmente opuesto a la idea freudiana del placer: la mínima excitación, el punto de equilibrio y bienestar. Mas bien, el goce puede encontrarse del

lado del más allá del principio del placer que Freud descubrió como una tendencia paradójica en el sujeto a encontrar bienestar en el sufrimiento. Freud llamó a este fenómeno la pulsión de muerte. En ese mismo sentido, la autora destaca la diferencia entre el goce y el deseo, pues el deseo se origina por una prohibición y es imposible de satisfacer entonces impide el goce.

A continuación, proponemos ahondar en la cuestión del goce a partir de dos proposiciones:

1. El cuerpo es el desierto del goce.
2. El goce está fuera del cuerpo.

El cuerpo es desierto del goce

Cuando el cuerpo entra en el significante sufre una pérdida de goce, es lo que Lacan explica en *De la psicanálisis en sus relaciones con la realidad*, a partir de su interpretación del texto de *Proyecto de una psicología para neurólogos*, en el cual Freud (1950/1895) afirma que el aparato psíquico está marcado por unos trazos que él llama huellas mnémicas, productos de una primera experiencia de satisfacción. Esta experiencia se supone ocurrió cuando el cuerpo aún no estaba marcado por el significante, entonces se puede considerar como una experiencia mítica. Esta huella insta una repetición que buscará reproducir nuevamente la primera satisfacción, pero no lo conseguirá. En ese sentido Soler, siguiendo a Freud y a Lacan anota que “para el ser humano el goce estará marcado por el inicio de una pérdida...Eso implica que la insatisfacción...caracteriza el psiquismo” (1993, p.109). Esta huella significativa como marca de la primera satisfacción es lo que Lacan denominará rasgo unario, la cual trae como efecto que el goce no sea completo en tanto es en esa inscripción del significante que hubo del cuerpo como carne que se perdió, a esto Lacan denominará la Cosa y será ese trazo, ese rasgo, lo que el ser humano buscará reproducir.

En esa misma línea Nominé (2007), agrega con base en la enseñanza de Lacan que ese goce de la Cosa en tanto goce mítico hace referencia al goce de la carne, el cual va a llamarse goce del Otro: J(A). Una característica de este goce primitivo es que es prohibido para conseguir la relación con el Otro. En la alienación es necesario sacrificarlo dando lugar a otro goce: el goce fálico que es cifrado y hace uso de la palabra.

Con respecto al goce del Otro J(A) Nominé (2007), señala que este nombre pareciera anticipar que esa pérdida fue el precio que se pagó por la incorporación del Otro; asimismo el autor resalta que este nombre permitiría comprender que las huellas de ese goce retornando en el sujeto inserto en el lenguaje serán tomadas como extrañas pues él no reconoce ahí su goce. Por otra parte, el autor sigue a Lacan en la sesión de los nombres del Padre en el seminario X para enfatizar la idea de que hay algo de la carne que no se sacrifica para entrar en el pacto de la palabra y a esto no sacrificado; es decir, que no entra en el significante y que es al mismo tiempo una pérdida de carne, Lacan lo llamará objeto *a*.

En efecto, podemos resaltar hasta este punto una paradoja con respecto a la cuestión del cuerpo en psicoanálisis: éste es entonces unidad, solución a lo fragmentado del organismo, pero al mismo tiempo es el recorte del goce del cuerpo una condición para que pueda emerger un dato por el lenguaje. En ese recorte se gana un cuerpo pero se pierde una parte de este: lo más real del cuerpo, lo más singular de ese sujeto, aquello de lo que nada sabe pero que busca dirigiéndolo hacia el Otro, sacándolo de sí mismo y anudándolo en sus tres dimensiones.

El goce está fuera del cuerpo

Ahora, es pertinente comentar algo sobre la libido. Soler (1993), sigue a Freud y a Lacan en su texto *Posición del inconsciente* y señala que esta noción en Freud da cuenta del movimiento que impulsa al sujeto a moverse fuera de sí mismo, pues busca una parte de sí afuera. Por su

parte, Lacan comenta que la libido sólo es posible cuando se da una pérdida anterior; es decir, la negativización del goce es lo que produce la libido. La autora también retoma el texto *Del Trieb de Freud* al deseo del analista, donde Lacan añade que ese goce se redistribuye fuera del cuerpo, así lo que queda es el goce pulsional en tanto el goce se localiza en los bordes anatómicos del cuerpo como fronteras entre el objeto y el cuerpo: ligados al objeto, pero fuera del cuerpo.

A propósito de la libido Nominé, hace un señalamiento con respecto a la cuestión del objeto *a* citando a Lacan el 7 de junio de 1967: “este residuo, es al fin de cuentas la juntura más segura, por parcial que sea en su esencia... del sujeto con el cuerpo” (2001/2007, p.32). Con esto resalta la importancia del objeto para que el sujeto no se confunda con su cuerpo sino que permanezca la relación del cuerpo como lugar del goce del Otro, como metáfora del goce del Otro. Entonces hay que recordar que el cuerpo es un atributo que se tiene, no se es el cuerpo. En cuanto a esto, Nominé señala esta distancia como fundamental si se tiene en cuenta que cuando el sujeto se confunde con su cuerpo da lugar a La angustia. Si bien esto abre camino a un tema que no se explora en este momento, es preciso señalar aquí la confusión del sujeto con cuerpo tiene implicaciones clínicas, una de ellas es el fenómeno psicósomático en el cual el cuerpo no es metáfora del goce del Otro, sino que se presenta Holofraseado el cuerpo y el sujeto sin dar lugar al objeto *a*, esto implica una concentración de la libido sobre el propio cuerpo, en consecuencia la libido deja de operar como un órgano fuera del cuerpo y se fija sobre un punto del cuerpo. Pero también pueden nombrarse otras como la psicosis o el autismo.

El Nudo Borromeo: tres registros anudados

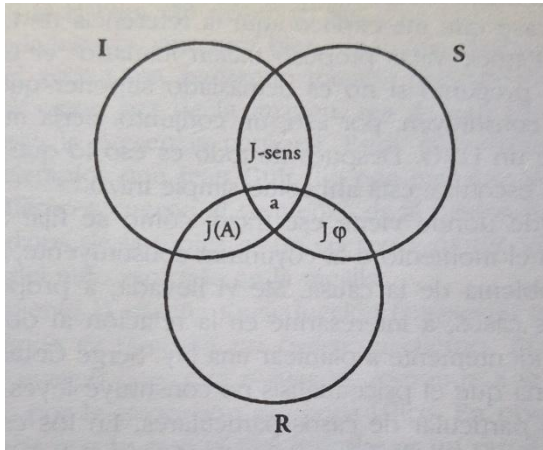


Figura 5. El Nudo Borromeo.

Nota. Imagen tomada de *Retorno sobre la cuestión del síntoma en estudios de psicopatología*, V.2, p. 57, por C. Soler.

Para concluir un poco la cuestión expuesta sobre el cuerpo y el goce conviene detenerse en el modelo que empleó Lacan para anudar los tres registros que desarrolla a lo largo de su enseñanza. Para este propósito se continuará con la lectura que ha hecho Nominé (2001/2007), en su texto *sobre El cuerpo en la enseñanza de Lacan*.

Inicialmente es importante considerar que el uso del redondel para cada registro imaginario, simbólico y real tiene la función de señalar que cada registro tiene una consistencia pero lo relevante es que esta consistencia no la tiene en sí mismo sino por la exclusión que fundan los otros dos registros. Para tener un conjunto debe existir algo que no entra en ese conjunto.

Así pues, lo imaginario como cuerpo obtiene su consistencia de lo simbólico y lo real, tal como se desarrolló previamente esta consistencia la obtiene de la traducción que el Otro hace de la imagen, y lo real tiene que ver con esa parte del organismo que no entra en la imagen. En seguida, lo simbólico está por fuera de lo imaginario cuando permanece incorporal; es decir, antes de encarnar el cuerpo como Otro. Pero cuando es incorporado se anuda con lo imaginario y crea el sentido. Así también lo real obtiene su consistencia por el sentido en la medida que lo real no tiene sentido.

En ese orden de ideas los redondeles anudados al obtener su consistencia inscriben unos goces: el goce fálico con la inscripción de lo real de la vida y lo simbólico incorporal; el goce de sentido entre lo imaginario y lo simbólico incorporado, es un goce fuera de lo real; y el goce del Otro el cual surge de lo real del cuerpo, que está fuera del cuerpo. En el goce del Otro no se trata del Otro del significante sino del Otro del cuerpo. Se caracteriza porque no tiene un sentido para el sujeto, lo percibe como ajeno. Finalmente, el goce de la vida resulta del vacío que se origina con el cruce del tres registros, allí se ubica el objeto pero este tiene la característica de ser inalcanzable, no hay un encuentro entre él y el sujeto.

Cabe mencionar que el cuerpo en tanto construcción de la realidad atravesado por las dimensiones simbólica, real e imaginaria se constituye en el escenario de aparición de las señales de la angustia. Como resultado de esta investigación encontramos que el cuerpo no sólo manifiesta síntomas como retornos de lo reprimido, sino que también expresa otras manifestaciones corpóreas como el fenómeno psicósomático en respuesta a diversos movimientos que se dan en las dimensiones que consolidan la constitución del cuerpo del sujeto mencionadas anteriormente.

En efecto, el síntoma y el fenómeno psicósomático tienen como escenario el cuerpo son producto de movimientos psíquicos distintos, por lo tanto es importante identificar las diferencias esenciales entre ambos y aportar elementos de reflexión con respecto su abordaje clínico que también debe ser diferencial. Para este propósito revisamos el comparativo entre estas dos manifestaciones realizado por Colette Soler (1995) y Bernard Nominé (2004/2007) siguiendo la enseñanza de Lacan. Estas diferencias clínicas entre el síntoma y el fenómeno psicósomático se ilustran en el siguiente cuadro:

Síntoma	Fenómeno Psicossomático
Lacan (1964), Seminario XI	
Tiene estructura de metáfora : opera la sustitución significante, la cadena significante elabora un sentido.	Tiene forma de holofrase : El significante se presenta como un UNO. Fenómeno de "cadena rota" que Lacan en 1956 pone como condición para la aparición del significante en lo real.
La incorporación de la estructura hace del cuerpo " desierto de goce "	La incorporación del UNO es un marcador de goce .
Lacan (1975) Conferencia de Ginebra, después del Seminario RSI	
<i>"El cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número. El cuerpo en el significante hace trazo, trazo que es UNO"</i>	
fija el gocce fálico con una letra fuera del inconsciente	fija el gocce del Otro como una figura del Otro . Gocce del Otro que constituye el cuerpo Otro
Es de lo Real de lo Simbólico, elevado a lo Real por la ruptura de la cadena significante. Está por fuera de lo imaginario	"Está profundamente enraizado en lo Imaginario". Fuera de lo simbólico
Síntoma como insignia del sujeto .	FPS como estigma del Otro, en el cuerpo como Otro. Nombre del Otro inscripto en el cuerpo.
No hay lesión orgánica, No se afecta el órgano, sino su representación	El cuerpo imaginario rebosa los límites del cuerpo real, se presenta una lesión orgánica
Es del orden de lo escrito : Se presenta como texto enigmático que leer, descifrar.	Escrito reducido a un jeroglífico , un rasgo sin sentido.

Tabla 2. *Diferencias entre síntoma y fenómeno psicossomático.* **Nota.** Elaboración propia a partir de Freud, Lacan, Soler y Nominé.

Una reflexión sobre la clínica diferencial

El caso Dora presentado por Freud (1901–1905) nos permite identificar los elementos del síntoma mencionados en el cuadro. Dora, una joven de 18 años presenta síntomas como afonía, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho, desmayo, entre otros. En el tratamiento Freud ubica algunos eventos de orden sexual durante la pubertad e infancia de Dora que fueron reprimidos marcando así el goce fálico, y en asociación con los órganos o a sus funciones Freud concluye que se desplazó lo reprimido psíquicamente en el órgano dando origen al síntoma (tos, opresión en el pecho, etc.). Freud también relata otras situaciones en las que entra en juego la relación de Dora, su deseo y posición con respecto a su padre, el señor y la señora K, mencionando que el síntoma puede tener múltiples representaciones.

Al respecto tal como lo mostramos el cuadro, el síntoma tiene estructura de metáfora y esto permite que se desplace en la cadena significante. Freud (1901-1905, p.40-41), señala que en el síntoma lo que más importa al clínico no es la manifestación corpórea sino más bien las diferentes representaciones que este síntoma va tomando, permitiendo desentrañar cuál es el propósito de enfermar o qué pensamiento recurrente puede estar asociado a la aparición del síntoma. En ese sentido, la clínica del síntoma no apunta al silenciamiento de éste en el cuerpo, sino a pasarlo por la cadena de la representación, identificando cuál es la demanda que dirige al otro, cuál es la posición que ocupa el sujeto en ese síntoma, de ahí la importancia de recordar también que el síntoma no evidencia una afectación orgánica, lo que reitera en énfasis en permitir el desplazamiento metafórico y ejercicio de desciframiento que se propicie por el clínico en el trabajo terapéutico.

Por su parte, el fenómeno psicossomático no constituye un “efecto de la psique sobre lo somático, sino respuestas producidas por la irrupción en el cuerpo de un goce extraño...son la expresión de un modo de gozar del cuerpo” (Fuentes, 1992/1995, p. 183). Este goce extraño es el goce del Otro, en el cuerpo como Otro. Allamprese (1993), presenta el caso de R un joven de 17 años que llega remitido por el alergista, el dermatólogo y el oftalmólogo, pues desde su niñez ha presentado alergias en la piel y en los ojos. El joven se confinaba en su habitación por días enteros, mirándose en el espejo con horror por las heridas cutáneas, se perdía en la radio encendida, sin el menor interés por lo que sucediera en el mundo exterior.

Allamprese (1993, p. 202), hace referencia a la mirada de la madre de R como una letra encarda en R. Una mirada marcada por el rechazo, el horror y la sobreprotección, vivencias que R repetía una y otra vez con los brotes de alergia. R no tenía un cuerpo, su cuerpo era la marca de goce de la madre. Así se pueden ver los elementos del fenómeno psicossomático: una fijación del

goce del Otro y una lesión orgánica, que además no había encontrado cura en ninguna de las consultas especializadas, representando algo enigmático y extraño para R.

La autora destaca algunos elementos importantes en el abordaje clínico del caso. En primer lugar, hace una apuesta porque el paciente formule una demanda propia. R dice que asiste al consultorio porque lo mandaron; sin embargo, ante la pregunta de la terapeuta responde: “no quiero nada...me interesaría un test de orientación vocacional” (Allamprese, 1993, p. 99). La autora destaca las ausencias de R a las sesiones de análisis como la manera en que éste empieza a marcar una distancia entre ella y él, distancia que luego empieza a marcar con la madre cuando le demuestra su desacuerdo cuando ésta habla mal acerca de la psicóloga. R. comienza a marcar la distancia con la madre buscando un alergista para adultos, después de un reconocimiento que él ya no es un niño. Durante el tiempo de terapia también historiza su infancia y a su vez la enfermedad, inclusive comienzan a surgir sueños que le evocan una pregunta por su posición con respecto a su enfermedad, esto trae unos efectos de desaparición de los brotes y cuando aparecen ya no lo hacen de manera tan severa y llegan a representar algo para R, por ejemplo su intención de evadir situaciones importantes. Otro efecto del tratamiento es el interés de R por el mundo exterior, una búsqueda vocacional que lo dirige a su padre, quien le presenta la opción de tener otro nombre, en este caso operador de PC, deja de ser entonces el objeto del fantasma materno, y empieza a buscar el deseo del Padre, entonces R transita de la holofrase por la mirada y la voz de la madre, hacia la identificación del Otro en falta, deseante, lo que le permite una movilización de la libido hacia el exterior, la emergencia del objeto que bordea y al mismo le da un cuerpo suyo y apacigua los efectos mortíferos de la marca de goce del Otro.

Para concluir es pertinente mencionar entonces que este estudio nos permitió identificar el aporte significativo del psicoanálisis en el abordaje de los síntomas y fenómenos

psicosomáticos como eventos que demuestran que el cuerpo del paciente que llega al consultorio, al servicio de urgencias o a hospitalización no es el conjunto de sus órganos y por lo tanto éste no funciona como una máquina en la que puede identificarse claramente cuál es la falla que altera su funcionamiento, haciendo insuficiente las respuestas estandarizadas. El psicoanálisis permite comprender entonces que el cuerpo del paciente es una construcción compleja atravesada por las dimensiones: imaginaria, real y simbólica, cuyo anudamiento le da consistencia al cuerpo del paciente y a la vez lo desplaza a través de unas huellas de lenguaje que marcan el funcionamiento del psiquismo. Entendiendo además que lo simbólico no es sólo la cadena de sentido, sino también el conjunto de sinsentido. En esa medida, el cuerpo es una de las construcciones más singulares del sujeto y para comprender su alteración será necesario promover el dispositivo de la palabra y la escucha, orientado por las consideraciones clínicas ya desarrolladas

De hecho, la psicoanalista Carmen Gallano expone que es más frecuente encontrar enfermedades manifiestas en los cuerpos del tipo del fenómeno psicossomático que del síntoma conversivo y esto está relacionado con el discurso del capitalismo, imperante en la época, aún en las históricas. La autora las denomina las enfermedades de hoy: *histerias del siglo XXI*, señala que éstas a diferencia del síntoma conversivo no aparecen en la lógica del amor al Padre, sino en la lógica de un rechazo tajante hacia el amo, las denomina enfermedades de la violencia y el odio, lo que concuerda con el destino mortífero que marca en el cuerpo el fenómeno (2006, p.12). La postura de la autora permite reflexionar respecto al reto que representa hoy el abordaje clínico de los fenómenos psicossomáticos. Por un lado, el sólo hecho de marcar una alteración orgánica que pone en consideración la vida misma del paciente; y por otro lado son un reto

porque se presentan como enfermedades que no se dirigen al Otro, no producen un saber pues ni siquiera suscitan una pregunta en el paciente por su lugar en esa enfermedad.

De todos modos, Soler cita a Lacan en la página 20 del Bloc-notes de la Psychanalyse Nro.2 cuando aborda la cuestión de lo enigmático del trazo en el fenómeno psicossomático, y hace un llamado a no desistir en la clínica del fenómeno psicossomático esperando que opere la invención del inconsciente. Asimismo, la autora sigue a Lacan en su hipótesis sobre el descongelamiento del holofrase del fenómeno psicossomático por medio del ejercicio de leer ese trazo, aunque no tenga como finalidad ser leído y agrega un aporte suyo donde resalta el empeño del clínico en este trabajo de descifrar lo indesciftable, o más bien hacer posible que ese trazo fijado como extraño y sin sentido pueda virar hacia un síntoma por medio del trabajo del inconsciente (1995, p. 55).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allamprese, A. (1993/1995). *Fenómeno psicossomático: ¿un desafío?* (pp. 197–206). En V. Goralli (Comp.), *Estudios de psicossomática* (Vol. 3). ATUEL CAP.
- Bueno Restrepo, J. M. (2012). El enigma de la autoinmunidad. *Affectio Societatis*, 9(17). Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia.
- Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata J (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149 (10), 441-448.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775317304773>
- Deutsch, F. (1995). *El psicoanálisis y la medicina psicossomática* (pp. 29–60). En V. Goralli (Comp.), *Estudios de psicossomática* (Vol. 3). ATUEL CAP.
- Fernández-Ávila, Daniel G., Riaño, Diana N. Rincón, Ronderos, Diana M., & Gutiérrez, Juan M.. (2020). Conceptos y percepciones acerca del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en un grupo de reumatólogos colombianos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 27(4), 256-261. Epub August 15, 2021.<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.05.010>
- Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 191–210). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901–1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)* (Vol. 7, pp. 1–108). En *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Obras completas. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916–1917). Conferencia 23: Los caminos de la formación del síntoma (Vol. 16, pp. 326–344). En *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920–1922). Más allá del principio del placer (Vol. 18, pp. 7–63). En Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923–1925). El yo y el ello (Vol. 19, pp. 21–30). En Obras completas. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1950/1895). Proyecto de psicología. En Obras completas (Vol. 1, pp. 323–441). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1926/1992). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.), Obras completas (Vol. 20, pp. 75–176). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fuentes, A. (1992/1995). Respuesta psicosomática (pp. 183–188). En V. Goralli (Comp.), Estudios de psicosomática (Vol. 3). ATUEL CAP.

Lacan, J. (2007). Del cosmos al Unheimlichkeit. En El seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La Angustia (1.^a ed.). Paidós. (Seminario dictado en 1962–1963).

Lacan, J. (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En Escritos 1 (pp. 99–105). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1949).

Lacan, J. (2003). Observación sobre el informe de Daniel Lagache: “Psicoanálisis y estructura de la personalidad”. En Escritos 2 (pp. 625–664). Siglo XXI Editores. (Obra original de 1960). Recuperado de: <https://www.insumisos.com/M4T3R14L/BD/Lacan-Jacques/Psicoanalisis,%20Radiofonia%20&%20Television.PDF>

Lacan, J. (1993). Psicoanálisis, radiofonía & televisión (3.^a ed.). Anagrama. (Obra original publicada en 1970).

Londoño J., Peláez Ballestas I., Cuervo F., Angarita L., Giraldo R. et al (2018).
Prevalencia de la enfermedad reumática en Colombia, según estrategia COPCORD-Asociación
Colombiana de Reumatología. Estudio de prevalencia reumática en población colombiana mayor
de 18 años. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25 (4), 245-256.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812318300951>

Nominé, B. (2001/2007). I. El cuerpo. En G. Gómez (Ed.), *Clínica psicoanalítica: Cuadernos de una enseñanza itinerante* (pp. 9–50). Editorial Colección Ánfora, Estudios de Psicoanálisis.

Nominé, B. (2004/2007). II. El fenómeno psicossomático y el síntoma. En G. Gómez (Ed.), *Clínica psicoanalítica: Cuadernos de una enseñanza itinerante* (pp. 51–59). Editorial Colección Ánfora, Estudios de Psicoanálisis.

Olarte Muñoz, S. M. (2024, 1 de marzo). *Pacientes con enfermedades huérfanas: Más que raros, únicos pero nunca invisibles*. Secretaría de Salud.
https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/pacientes-con-enfermedades-huerfanas-mas-que-raros-unicos-pero-nunca-invisibles/?utm_source=chatgpt.com

Sandín, B., Santed, M. A., Chorot, P., & Jiménez, M. P. (1995). *Trastornos psicossomáticos* (pp. 401–472). En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.

Soler, C. (1993). El cuerpo en la enseñanza de Lacan. En *Estudios de psicossomática*. Compilación Vera Goralí. (Vol.1. pp. 93 -114). Atuel-CAP.

Soler, C. (1995). Retorno sobre la cuestión del síntoma. En V. Goralí (Comp.), *Estudios de psicossomática* (Vol. 2, pp. 53–60). Buenos Aires: Atuel GAP