EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

STEPHANY MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

JEFERSSON MEDINA MONTOYA

JULIKA PRADO OROZCO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÌA

PALMIRA

2016

EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: UNAMIRADA PSICOANALÍTICA

STEPHANY MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

JEFERSSON MEDINA MONTOYA

JULIKA PRADO OROZCO

Monografía de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogos

FRANCISCO JAVIER ROJAS MARTÍNEZ

Director

UNIVERSIDAD DEL VALLE

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA

2016

Resumen

Este texto es el resultado de una investigación cualitativa acerca del fenómeno psicosomático desde una mirada psicoanalítica, cuyo objetivo consistió en analizar las manifestaciones sintomáticas de origen psicosomático, desde dos casos, uno de la época freudiana y otro contemporáneo

Para la recolección y análisis de la información se empleó la técnica del análisis de contenido, donde se revisaron los casos a partir de las categorías de cuerpo, discurso y lenguaje, acompañado de lo psicosomático y de esta manera establecer la relación entre las manifestaciones de enfermedad y el desarrollo del fenómeno psicosomático, para después formular a partir de ciertos datos deducciones válidas y confiables.

Al final se presentan las conclusiones del fenómeno psicosomático desde una mirada psicoanalítica.

Palabras Clave: Cuerpo, lenguaje, discurso, psicosomático

Abstract

This text is the result of a qualitative investigation of the psychosomatic phenomenon from a psychoanalytic perspective, whose objective was to analyze the symptomatic manifestations of psychosomatic origin, from two cases, one of the Freudian era and another contemporary.

For the collection and analysis of information is employed the technique of content analysis, where we reviewed cases from the categories of body, speech and language, accompanied of the psychosomatic and thus establish the relationship between the manifestations of illness and the development of the psychosomatic phenomenon, for then formulate from certain data reliable and valid deductions.

At the end the conclusions of the psychosomatic phenomenon arise from a psychoanalytic perspective.

Key words: Body, language, speech, psychosomatic

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 7

1.1 Pregunta de investigación 8

1.2 Objetivo general 8

1.3 Objetivos específicos 8

2. JUSTIFICACIÓN 9

3. ANTECEDENTES 11

4. MARCO CONCEPTUAL 20

4.1 EL CUERPO, ESCENARIO DE EVENTOS DESCONOCIDOS DEL ALMA/ EL CUERPO COMO ESCENARIO DE EVENTOS IGNORADO (OCULTO) DE LA PSIQUE 22

4.2 LO QUE CALLA LA PSIQUE, LO GRITA EL CUERPO 24

4.3 SÍNTOMA / CARACTERIZACIÓN DEL CUERPO 26

4.4 Discurso 30

4.5 Lenguaje 33

5. METODOLOGÍA 36

5.1 Tipo de investigación. 36

5.2 Tipo de estudio 36

5.3 Técnicas de recolección de información e instrumentalización 37

5.4 Técnica de análisis de datos 37

6. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS 39

6.1 El Caso de Ana O 39

6.2 Los malos encuentros (el caso de Juana) 41

6.3 Lo que dice el cuerpo de Ana y Juana 43

6.4 El discurso presente 44

6.5 La catarsis 46

6.6 Lo psicosomático en Ana y Juana 49

CONCLUSIONES 51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

1. INTRODUCCIÓN

Comprender la enfermedad psicosomática, o fenómeno psicosomático como la expresión de un sujeto sufriente, libre de la contaminación organicista, es poder darle sentido a la cura. Se trata de llevar al sujeto a darle sentido al descifrado del lenguaje manifiesto a través del cuerpo, que comprenda de una vez que su sufrimiento se hace manifiesto en su cuerpo y no quedarse en el síntoma repitiendo una y otra vez su historia.

En la presente investigación se trata de abordar las manifestaciones psicosomáticas
A través de autores como: Lucien Israel, Carlos Unsueta, Shoshana Felman, Sigmund Freud, Fernando Calle Valencia, y entre otros que en su tiempo reconocieron el fenómeno y dieron lugar a una perspectiva psicológica de los pacientes aquejados.

El recorrido conceptual transcurre desde una mirada psicoanalítica de aquello que se entiende como fenómeno psicosomático, es por esto que se recogen las concepciones que giran en torno a la neurosis, el síntoma, la pulsión y el fenómeno psicosomático.

El tipo de investigación es de carácter cualitativo, en el cual a partir de una indagación bibliográfica se abordaran dos casos tomados de la literatura psicoanalítica uno de Freud y Breuer (Anna o) y otro contemporáneo de Lucien Israel (Juana) los cuales serán analizados a partir de tres categorías de análisis: cuerpo, lenguaje y discurso.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las manifestaciones sintomáticas de origen psicosomático, identificadas en dos casos, uno de la época freudiana y otro contemporáneo, a partir de una lectura psicoanalítica?

1.2 Objetivo general

Indagar el fenómeno psicosomático a partir de la comparación de dos casos tomados de la literatura psicoanalítica revisando las similitudes y diferencias en la forma de somatización de uno y otro.

1.3 Objetivos específicos.

- Determinar a partir de las categorías de análisis, las relaciones encontradas en cuanto a la manifestación psicosomática de ambos casos.

- Establecer un paralelo entre los casos expuestos y la teoría encontrada sobre la psicosomática, a partir de la reseña de dos casos resaltando los aspectos más importantes.
- Establecer las correlaciones entre las manifestaciones somáticas y los componentes psíquicos.

2. JUSTIFICACIÓN

El abordaje del padecimiento psicosomático exige una clara identificación de su lugar tanto histórico, como conceptual dado el cambiante lugar que ha padecido en los diferentes escenarios desde su concepción.

En un intento de construcción del camino hacia la cura del sujeto, se hace innegable la comprensión de su padecimiento desde el lugar más recóndito de donde se oculta en la persona quien la padece.

Sin embargo, dicha comprensión no puede ser clara cuando existen diversidades de caminos que la mayoría de veces se tornan encontrados y confusos como lo afirma Lain (1950):

> *"la Patología psicosomática del siglo XX ha reconquistado— en forma diversa— alguna de las posibilidades que el Cristianismo primitivo ofreció al saber y al quehacer del médico, y ha mostrado la mínima razón de ser del "personalismo" semítico antiguo" (p. 7).*

Por lo anterior, lo evidente es que en todos los casos se encuentran dos componentes que generan la diversidad de nociones: Un trastorno orgánico manifestado en el cuerpo y un componente psíquico que lo genera.

En el ámbito médico se ha diluido su diferencia al menos conceptualmente, pero en la psicología y más concretamente en el psicoanálisis se presentan grandes diferencias conceptuales en sus dos dimensiones, las cuales corresponden a realidades distintas: cuerpo (goce), psique (lenguaje).

Dada la actual situación de la salud y de las políticas estatales en el mundo y en concreto en Colombia, la intervención de enfermedades de origen psicológico, pero con manifestaciones somáticas son tratadas regularmente como un síntoma.

Son muy pocas las veces que se remite un paciente al psicólogo o psicoanalista para ser tratado en su sufrimiento debido a las connotaciones físicas, a cambio de ello se interviene con medicamentos que en general solo ocultan la expresión en el cuerpo y queda siempre de manifiesto su sufrimiento.

3. ANTECEDENTES

Se inicia este apartado mostrando un poco las diferentes tendencias conceptuales y metodológicas en el abordaje de las manifestaciones psicosomáticas, a pesar que desde siempre han existido, no son muchas las investigaciones que sobre el tema aparecen en la literatura. Para la construcción e identificación de los caminos que otros investigadores han trazado para el estudio de esta problemática se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Dialnet, Proquest, Redalyc, SciVerce, Science Direct, Scopus y Tesis Doctorales, así como los textos de los seminarios lacanianos y las obras de Freud entre otros; de esta manera, se dirigió la atención a diferentes artículos que involucraran las manifestaciones psicosomáticas como objeto de estudio.

Un estudio amplio y minucioso realizado por Baró, J. (1998) sobre el análisis de situaciones psicológicas menciona los desencadenantes en pacientes que están o han sido afectados por infarto al miocardio; de esta manera se ha dirigido la mirada sobre el tipo de personalidad que se afecta, pero sobretodo en las condiciones como han de aparecer las manifestaciones agudas. Desde este contexto es que el autor se pregunta en cuanto a porqué el infarto de miocardio aparece en la vida de una persona en un momento dado con preferencia a otro; sino podría haber factores, particularmente psicológicos, que favorecerían el desencadenamiento del proceso.

La hipótesis de trabajo que se planteó era saber si en una afección tan manifiestamente orgánica podrían existir situaciones favorecedoras, determinantes, de origen psicológico.

Baró, J. (1998) se planteó seis objetivos que permitieron darle propósito a la investigación: verificar la utilidad de las técnicas de entrevista no directivas fundamentadas en concepciones, psicodinámicas, particularmente las basadas en las investigaciones llevadas

a cabo por la Escuela Psicosomática de París, en el abordaje de situaciones clínicas susceptibles de ser objeto de investigación, comprobar la existencia de una situación desencadenante de carácter psicológico en el origen de una afección tan manifiestamente somática como es el infarto de miocardio, estudiar las condiciones en que una tal situación desencadenante aparece y a que ámbitos existenciales pertenece, aprovechar la aproximación psicodinámica a la problemática cardiovascular aguda para confirmar o desmentir la existencia del patrón «A» de conducta como factor de riesgo preeminente en las cardiopatías isquémicas y valorar las posibilidades de que una tal aproximación enriquezca nuestros conocimientos respecto al origen o causa de una enfermedad, como lo es del infarto de miocardio y de esta manera, obtener información útil en la prevención y tratamiento de tan grave patología.

El diagnóstico de infarto de miocardio fue establecido por el servicio de medicina interna con base en los tres criterios comúnmente reconocidos: dolor y clínica típicos, alteraciones electrocardiográficas y alteraciones enzimáticas. La muestra de estudio se organizó por cohortes sólo hasta los 65 años de edad.

Los 50 pacientes que fueron examinados lo habían sido en los 4 o 5 días posteriores a la aparición del infarto, normalmente en el momento en que abandonaban el servicio de reanimación y de cuidados intensivos para ocupar su lugar en el servicio habitual de medicina interna.

La cantidad y la duración de las entrevistas fueron variables, normalmente una única entrevista de una duración aproximada de 60 minutos fue suficiente.

En el diseño metodológico se organizó un grupo control constituido por 20 pacientes del mismo grupo de edad (entre 39 y 64 años), hospitalizados durante el mismo período de tiempo, en el mismo servicio de medicina interna, por afecciones cardiológicas, diferentes del

infarto de miocardio. Se procedió con ellos a la misma aproximación psicodinámica con utilización de la técnica de entrevista no directiva aplicada en el grupo de estudio.

La constatación de un hecho, no previsto inicialmente, como fue la elevada frecuencia de pérdida de los progenitores en el grupo objeto de estudio justificó la creación de un segundo grupo de control, más amplio (50 sujetos), constituido por pacientes del mismo grupo de edad, hospitalizados por todo tipo de afecciones (excluidas las cardiológicas), con el único fin de determinar la incidencia de una tal situación en la población general.

En cuanto a los resultados identificaron en 42 sujetos que en los seis meses previos a la instauración de la enfermedad aguda una situación psicológica desencadenante lo que constituye un 84% (82,6% en varones, 100% en hembras) corroborándose así la hipótesis I, al encontrar tan sólo 2 situaciones similares (un 10%) en el grupo control. El 46% de los pacientes estudiados presentaban una estructura tipo «A» por ninguno de los del grupo control (0%). También encontraron que de las 42 situaciones desencadenantes identificadas, 14 corresponden a la esfera profesional y 13 a la familiar completando de una forma casi equivalente el 64% de las situaciones desencadenante identificadas.

Los 11 casos incluidos en el apartado denominado «humillación y conflictos sociales» (un 26%), de un elevado porcentaje de pérdidas parentales en los quince primeros años de vida (un28% frente al 10% y al 8% del grupo control y del grupo control ampliado, respectivamente).

Murillo y Pedraza (2006) en su investigación sobre los tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer mencionan el hecho inevitable de una respuesta de malestar, acompañado de perturbaciones emocionales y estrés, por parte del paciente a quién se le ha diagnosticado cáncer. El diagnóstico de cáncer no solo afecta a los pacientes sino que también lo hace con sus familiares, llegando incluso a variar sus actividades en múltiples áreas de la cotidianidad.

La palabra *cáncer,* de por sí, trae una enorme carga de temor e incertidumbre, generando en ellos altas dosis de demandas.

Los autores antes mencionados han establecido que entre 30% y 50% de quienes padecen cáncer, presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento, encontrándose que la depresión y la ansiedad son los más recurrentes, que en las más de las veces son ignorados. En este sentido, aquellos pacientes que presentan dificultades de adaptación y asimilación de su enfermedad, generan dificultades para su mismo tratamiento, ya que el mismo equipo debe responder a los múltiples problemas psicosociales. (Murillo y Pedraza, 2006, p. 377)

Murillo y Pedraza (2006) señalan que el "estudio y la necesidad de un mejor entendimiento de los aspectos biopsicosociales del paciente con cáncer favorecieron la aparición de la Psico-oncologia como subespecialidad del área oncológica". Esta investigación de explicación por los tratamientos psicosomáticos para los pacientes con cáncer basándose en la respuesta psicológica del paciente y sus familiares durante los diferentes estadios de la enfermedad (psicosocial) y en los aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que influencian la morbilidad y mortalidad del paciente con cáncer (psicobiológico). Se hace hincapié en tratamientos dirigidos a prevención, psicoterapia, psicofarmacología y terapias alternativas.

Dirigen sus resultados a la identificación de dos factores que influyen en el riesgo y la supervivencia por cáncer. Primero, el estado socioeconómico, que afecta a los pacientes con cáncer en todas sus etapas. Se ha visto un exceso de mortalidad por cáncer entre los que tienen pocos recursos económicos.

Se estima que la diferencia entre la supervivencia de estos pacientes y los de nivel socioeconómico más alto debe a un mayor retraso en el diagnóstico, a causa de la falta de acceso a los servicios médicos. Segundo, el apoyo social. Se ha observado que personas solteras con cáncer tenían índices de supervivencia menores que las casadas, así como una

mayor tendencia tanto a ser diagnosticadas tardíamente como a no ser tratadas por la enfermedad. Según los autores es poco lo que se puede hacer para tratar o corregir estos factores psicosociales, ya que requerirían cambios drásticos y modificaciones en diferentes.

Sistemas nacionales e internacionales. También identificaron que enfrentarse a un cáncer implica para la persona el reto de superar una serie de crisis vitales y emocionales.

El neurólogo Oliver Sacks, en el libro un antropólogo en marte (1995) describe siete casos, por lo que se decidió según el interés del trabajo tomar uno de los casos más curiosos llamado: el pintor ciego al color, donde el paciente Jonathan I, tiene 65 años, su profesión es un artista (pintor), sufrió un accidente de tránsito el 2 de enero, donde choca con un camión en el lado derecho de su vehículo. Fue conducido al hospital más cercano, donde inmediatamente le diagnosticaron una conmoción cerebral acompañada de una incapacidad para distinguir las letras y colores. El señor I tras su accidente de tránsito, sufrió de una amnesia temporal, la cual el impedía acordarse de dicho accidente, le refiere a su mujer un dolor de cabeza intenso, hasta aquí no existía nada incoherente, pues ya que él siempre había sufrido de migraña. El Sr Jonathan descubre que su coche se encontraba averiado, se inquieta mucho ya que hace todo lo posible por recordar lo que había pasado, pero lamentablemente le resulta imposible, es por ello que aturdido por tanta confusión de no poder recordar nada, sale de su casa y se dirige a su estudio, donde trata de leer con gran dificultad un informe policial que da cuenta de su accidente, pero se llevó una gran sorpresa al no entender nada. Es aquí donde aparecen sus primeros síntomas, en este caso, una alexia, que solo le duro un par de días. Consternado por esta situación, toma la decisión de llamar a su médico, ya que su estado de salud le empezó a preocupar, pues pensó que tras el accidente de tránsito, pudo haber sufrido una apoplejía o una lesión cerebral. No obstante, como resultado de varios análisis, le diagnosticaron una dificultad para distinguir los colores y de igual manera una incapacidad que poder leer. De igual manera, es fundamental resaltar que no solo la pérdida del color se vio afectada por el

accidente de tránsito, pues el Sr I, antes de tener este incidente, sufría de una sinestesia considerablemente intensa, de modo tal que perdió su capacidad de oír colores o ver sonidos, lo que generaba en el Sr Jonathan un nerviosismo y una total desesperación en las primeras semanas de su enfermedad ya que constantemente se cuestionaba si él como un pintor profesional no podría volver a dedicarse al dibujo. Al mismo tiempo, antes de que el Sr I tuviera este accidente de transido, tenía el sentido del olfato altamente desarrollado, factor determinante que le ayudo a sobrellevar su enfermedad, pues a términos del mismo Sr Jonathan, conforme iba perdiendo la visión, los olores si iban intensificando gradualmente con mucha más intensidad. Tras casi un mes después de su accidente de tránsito el Sr Jonathan, iba perdiendo ese nerviosismo y cada vez se comenzaba a interesar por todos los factores concernientes a su enfermedad, dicha curiosidad por averiguar qué sucedía en su cerebro, lo llego a emprender nuevas actividades enfocadas a frecuentar constantemente gimnasios y bares, pero sin dejar perder su horizonte, pues al mismo tiempo continuaba haciendo sus averiguaciones sobre su enfermedad, así pues obtuvo diversas charlas con diferentes boxeadores que habían sufrido perdida de color permanentes o transitorias, después de haber tenido un golpe fuerte en la cabeza. Todo este tipo de ejercicios realizados por el Sr I, le ayudaron a seguir con su vida adelante, pues cada vez se encontraba menos afectado, pues su incapacidad de distinguir colores, lo llevo a ser capaz de identificar diferentes tonalidades de blancos y negros.

EVALUACION DEL PACIENTE: Inicialmente se le realizaron pruebas informales con objetos o imágenes que se encontraban cerca, seguidamente fue interrogado acerca de un estante que contenía diferentes libros con colores azul, rojo y negro, del cual fue distinguido los azules como un color pálido, después se le mostraron treinta y tres hilos en diferentes tonalidades y en este proceso el paciente revelo que solo podía clasificarlos en escala de grises, respecto a esto se encontró gracias a una cámara de video en blanco y negro que había

dividido de manera exacta los hilos. Otra de las pruebas fue presentarle láminas de puntos de color de Ishihara, el señor Jonathan era capaz de ver ninguna de esas figuras, por otro lado se le presento un paisaje costero, propio para poner a prueba la acromatopsia, y de ello solo veía a lo lejos de donde estaba dibujado el sol, mas no las diferentes figuras que allí se reflejaban, a favor de ello no tenía ninguna dificultad para reconocer las formas; también se le presento una imagen de una barca coloreada: la observo y luego la reprodujo rápidamente a blanco y negro. Cognitivamente se puede notar que no presenta problemas para asociar los colores, ni para nombrarlos; con todo esto y un examen neurológico general se confirmó la acromatopsia de la cual padecía el señor I. Para el paciente, esta revelación emocionalmente le destruyo y le genero sentimientos contrarios ya que siempre había tenido la esperanza de que fuera algo psicológico, en este caso, la histeria; de manera tal que le genera miedos e incertidumbre respecto al pronóstico de recuperación que reiteradamente le habían dicho otros médicos. Con lo anterior no se podría aun así decir si su problema cerebral, había sido resultado de una conmoción cerebral, o una apoplejía producto desencadenante; el mismo paciente se empezó a interesar por lo que le ocurría en el cerebro, la manera de percibir el mundo notablemente había cambiado para el y era sorprendente como a partir de ello surgían ciertas iluminaciones, por ejemplo el color rojo se volvía más claro a diferencia de otros. Cabe resaltar que la vida emocional del artista, se vio afectada puesto que los comentarios de muchos de sus colegas era negativa, inicialmente su reacción fue de rabia, miedo y desesperación de lo cual se veía reflejado en sus pinturas, pero al pasar del tiempo y de convivir con ello aproximadamente después d dos meses se dedicó a pintar cuadros en blanco y negro, con detalles diferentes, a tal punto que se dedicó a la escultura. Para el señor I, todo lo que vivía era tolerable solo en el mundo de la pintura, pero fuera de su estudio era vacío y muerto.

ANALISIS: diagnóstico: acromatopsia (ceguera total a los colores) diagnostico etiológico: la pérdida total a los colores del señor I, es para nosotros causada por el accidente

automovilístico sufrido con un camión, cuando este conducía su vehículo y fue envestido por el lado derecho de su vehículo (copiloto). Lo cual le genero una lesión cerebral en la corteza extraestriada. Diagnostico topográfico: las estructuras cerebrales que se encuentran comprometidas por el traumatismo sufrido por el señor I son las siguientes: La corteza visual extraestriada: se localiza los lóbulos parietales, temporales y frontales los cuales son activados por estímulos visuales. Cada área visual se encuentra interconectada con un subgrupo de áreas visuales corticales y subcorticales. Las conexiones se establecen entre puntos retino tópicamente correspondiente en la representación del campo visual de las áreas interconectadas. Las propiedades funcionales de las neuronas de las áreas extraestriadas son variadas, pues dependiendo del estímulo visual se activaran las distintas propiedades como movimiento, color, forma etc. V1: importante conexión aferente directa (recibe proyecciones directas) V4: cuadrante visual (selectividad por el color orientación, tamaño, disparidad binocular, selectividad direccional). Lóbulo temporal: llega toda la información. Calificación del defecto: el factor fundamental para diagnosticar este tipo de patología se relaciona con la ceguera de los colores, visión nublada, percepción de color a blanco y negro entre otras, pues son los síntomas más característicos para su diagnóstico. Cabe nombrar que este tipo de patología puede ser también de origen congénito.

La propuesta de intervención psicológica planteada por el grupo, para el abordaje de este caso clínico y la posible recuperación del paciente. Se iniciara con los siguientes pasos: 1. observación detallada de historia clínica del paciente (anamnesis). 2. evaluación por primera vez al paciente. (Física y psicología). 3. evaluación del entorno familiar (núcleo familiar). 4. aplicación de procedimientos no invasivos como la RMN entre otras. 5. junta multidisciplinar entre neurología, neuropsicología, medicina interna y oftalmología para el diagnóstico y la rehabilitación del paciente. 6. la aplicación de test neuropsicológico para observar la magnitud del daño y la capacidad cognitiva para desenvolverse en la sociedad. 7.

De igual forma la intervención individual de cada paciente. 8. Por último la intervención debe ser con amplías secciones para garantizar la recuperación plena e integración a la sociedad, como también la integración después de varias secciones a la familia. Por lo tanto se propone una intervención clínico-psicológica completa en pro de la evolución del paciente y la integración nuevamente a la sociedad, como también a su núcleo familiar. Por ultimo une herramienta fácil para ofrecerle a los pacientes con este tipo de patología, es la utilización de lentes de sol (oscuros) para la mejor comprensión del entorno y la mejoría emocional y psicosocial para la el reintegro nuevamente del individuo a la sociedad.

4. MARCO CONCEPTUAL

Un poco de historia…

En la antigüedad los pensadores presocráticos del siglo VI a.c hicieron la distinción entre soma y psique, uno de ellos fue el filósofo Anaxágoras que realizo la primera y clara separación entre soma (lo que se puede mover, ver y tocar) y psique (invisible que mueve el cuerpo), un siglo después Hipócrates incluyo la psique en la descripción del cuerpo humano como una más de sus partes; por otro lado uno de los autores no menos desconocidos en el tema a eso del año 1882 Breuer, creador de uno de los métodos para tratar la histeria decide modificar la hipnosis (usada para suprimir síntomas), ya que todas las personas no lograban el estado hipnótico y las que lograban llegar al estado no sentían alivio del síntoma, y decide utilizar el método catártico (en griego: purificación o purga del alma) que aparece tras no haber funcionado dicha técnica de sugestión hipnótica. A través de esta nueva técnica breuer pretende ya no atacar el síntoma sino a través del discurso lograr una descarga emocional, durante estas secciones el paciente logra pues expresar hechos relacionados con el origen del síntoma que en estado conciente no eran dichos además de actos motores tampoco vistos en el momento del trauma; sin embargo tampoco funciono ante esto Freud abandona la técnica por no ser un medio seguro a la personalidad del paciente.

Posterior a ello Freud decide realizar las terapias en estado consiente, presionando su mano sobre la frente del paciente e interrogando sobre los hechos, pero este método siguió siendo sugestivo, por lo cual Freud decide abandonarlo.

No obstante esta técnica le permitió confirmar que los sujetos no perdían los recuerdos, los cuales eran traídos a colación por asociación con otros recuerdos, y también se dio cuenta que existía una fuerza indeterminada encargada de hacer que los estados mismos quedaran olvidados en el inconsciente para no ser expresados al plano conciente a lo cual llamo resistencia, anterior a esto se produce otro proceso al cual llamo represión,

entendiéndose como una información intolerable para el yo; de este modo el deseo que era reprimido perduraba en lo inconsciente por medio de la resistencia y este podía llegar a constituirse en síntoma, como resultado del contenido reprimido.

De esta manera se puede dar un acercamiento a lo que más adelante se constituye como neurosis, teoría fundamental para analizar lo psicosomático, entendida por freud desde 1893 como: *aquellas enfermedades nerviosas y cuyos síntomas representan un conflicto psíquico reprimido. freud,s. (1893) manuscrito B, la etiología de la neurosis. Obras completas. ed. Amorrortu.*

Además de ello se dice también que tiene su origen en la etapa de la infancia a raíz de necesidades no satisfechas en cuanto al afecto, la seguridad, la independencia, y la realización personal, para más adelante perturbar y evitar una relación armoniosa con la realidad, "*viéndose el sujeto sometido a continuas frustraciones en todas las areas de interaccion" Alvares, A; Rodriguez, R, (1987) Etiologia de la Neurosis, revista cubana de psicologia vol. IV, No. 2.*

Pero hay que tener claro que no solo se revisa el termino desde estos autores, inicialmente Freud define la fijación como esa estructura ligada a ese otro que actúa a demás como una defensa, donde se evidencia una represión, y descarta la regresión como causa de los trastornos somáticos; opuestamente pero no muy alejado Pierre va a decir que se presenta de manera individual y con rasgos comunes entre estos pacientes, por otro lado Andre Green y Donald Winnicott no aseguran utilizar el término psicosomático ya que implica una dualidad.

Partiendo del término psicosomático que refiere a un origen psicológico y se expresa a través de un síntoma físico, con el trabajo se pretende establecer que la génesis de un

trastorno psicosomático se da de manera holística, es decir, comprendiendo que la mente y el cuerpo no son elementos separados, de esta manera la intervención también debe ser en las dos mediadas entendiendo el fenómeno desde lo biológico como lo es la enfermedad y lo psicológico en este caso el terapeuta debe realizar un retroceso en el paciente, ya que lo que manifiesta una se ve representada en la otra.

4.1 EL CUERPO, ESCENARIO DE EVENTOS DESCONOCIDOS DEL ALMA/ EL CUERPO COMO ESCENARIO DE EVENTOS IGNORADO (OCULTO) DE LA PSIQUE

Para poder definir el cuerpo es necesario reconocer que aun siendo este un conjunto de partes fisiológicas y anatómicas, es también importante para la definición de tipo psicológica y hasta social. Felman (2003) define el cuerpo como el lugar del deseo y el habla no solo como órgano y vehículo sino también como el lugar de la verbalización, una verbalización que se pone en un plano erótico y de esta manera siempre pone al cuerpo lo inconsciente, es decir el cuerpo no es siempre lo que el habla dice ya que en ocasiones se escapan cosas y quedan impregnadas en él, de manera que las acciones no responden solo a la voluntad.

Teniendo en cuenta lo anterior puede decirse que no basta con establecer un lugar preponderante del cuerpo como tal, sino que existe una razón de peso en toda esta definición, es una forma de expresar estados emocionales, visibilizar prácticas simbólicas tanto en el plano social como el cultural que terminan de ubicarlo en un proceso de construcción resultado de las interacciones que el individuo desarrolla constantemente, es decir, hay una representación del cuerpo y lo que proyecta cuando se relacionan los sujetos unos con otros.

Para Cachorro (2008) el cuerpo más que un conjunto de aspectos fisiológicos y características anatómicas que permiten que se distinga como propio de la especie humana, es

un vehículo de comunicación, un medio a través del cual el individuo materializa tanto aspectos psicológicos como sociales, y los inscribe en su cuerpo a través de diferentes modificaciones, vestimentas, accesorios, mutilaciones que expresan su historia, sus deseos, creencias, aspectos concretos de su cultura, etc.

Cachorro (2008) considera que el cuerpo comunica y expresa las experiencias vividas, de ahí que lo considere como fundamental entender las marcas que tiene, por esta razón afirma:

> Las marcas sociales del cuerpo se pueden expresar en las cicatrices, las quemaduras, las mutilaciones, los rasgos peculiares que otorgan las manchas, lunares, las irrepetibles huellas dactilares. Se puede marcar con las palabras dichas por las alteridades referenciadas como importantes por el sujeto, y el efecto que ellas producen en el cuerpo y la corporalidad. El cuerpo es un mapa, un objeto significante que adquiere sentidos y significados en sus puestas en escena. Esos episodios vivenciados graban en la piel las zonas erógenas y no erógenas. Hay una topografía personal que localiza los placeres en zonas preferenciales del cuerpo. También se marcan zonas irritables, sensibles y delicadas por el dolor. (pág.3)

De manera que el cuerpo termina siendo una realidad vivida y desarrollada en torno a la subjetividad del individuo en algunos momentos, porque este puede mostrar ¿Qué paso antes? ¿Qué está pasando ahora? Con el individuo, su medio social, cultural, parte de sus pensamientos, emociones y estados psicológicos.

Lo anterior permite entender entonces como se puede entender buena parte de la historia de vida del individuo y también lo que pretende o quiere proyectar una vez aparece en el plano social, es decir, cuando es observado y juzgado según los criterios, valores y sentidos que la sociedad le de algunos de los símbolos representados en él.

4.2 LO QUE CALLA LA PSIQUE, LO GRITA EL CUERPO

De acuerdo con Fossa, P. (2012) el término “psicosomática”, introducido por el psiquiatra alemán Heinroth en 1818 en la medicina, haciendo referencia a las inquietudes sobre las relaciones entre el alma y el cuerpo, de las que se encuentran múltiples teorías a lo largo de la historia de la filosofía y de la medicina psiquiátrica, algunas recién mencionadas.

La medicina, a pesar de todo el innegable avance científico y tecnológico, con la reciente precisión de sus instrumentales, no consigue responder a la pregunta de por qué a menudo el cuerpo no responde como sus cálculos lo indican. Esto pone en evidencia la distancia entre este cuerpo que es objeto de la medicina y que la ciencia “manipula” y el cuerpo en el discurso del psicoanálisis.

El cuerpo biológico concebido por la medicina clásica y muy a pesar del avance tecnológico y científico, el cuerpo a menudo no responde a las predicciones médicas. Este cuerpo como organismo no concilia el estatuto del cuerpo para el psicoanálisis.

Mientras que el cuerpo objeto de las radiografías y ecografías se trasplanta, se insemina y fertiliza, el cuerpo desde el psicoanálisis está en relación con la palabra articulada con lo inconsciente. El cuerpo del psicoanálisis aloja un ser hablante en donde el significante introduce en el cuerpo (soma) la pulsión, el deseo y el goce.

En medicina, las expresiones que se pueden percibir son síntomas de una enfermedad subyacente. En este sentido, el síntoma se afirma sobre la distinción entre los fenómenos y sus causas ocultas que hay que inferir.

Para el psicoanálisis, síntoma y fenómeno psicosomático guarda una enorme distinción. Los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente y constituyen una solución de compromiso entre dos deseos.

En el Diccionario del Psicoanálisis, se define lo psicosomático de la siguiente manera: “Se dice de fenómenos patológicos orgánicos o funcionales cuando su desencadenamiento y evolución son comprendidos como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica crítica pero que no ha sido tratada como tal por el inconsciente del sujeto, lo que los distingue de los síntomas conversivos histéricos, que son, por su parte, formaciones del inconsciente”

Siguiendo lo anteriormente dicho, el Fenómeno psicosomático no es un síntoma, como tampoco es una formación del inconsciente, sino del Ello pulsional. Entender esta distinción es procurar entonces la dirección de la cura y las maniobras de transferencia.

Lacan, en este sentido reformula los síntomas neuróticos en términos lingüísticos. Llamando metáfora a la condensación y metonimia al desplazamiento, en tanto que la metáfora es la palabra que condensa y traslada a otro sentido figurado y la metonimia designa una cosa con el nombre de otra, sirviendo de signo y formando cadenas lingüísticas. Que mediante asociaciones orientan a descifrar el síntoma.

En "La conferencia de Ginebra”, Lacan (1995) piensa en lo Psicosomático como "un escrito en el cuerpo “que requiere ser descifrado como un jeroglífico. Para Lacan, el síntoma está estructurado como un lenguaje preexistente al sujeto. Por lo mismo, una manifestación en el cuerpo hace que el paciente recurra al médico y no al psicoanalista, puesto que no logran encontrar la relación entre el sufrimiento y se preguntan por el síntoma médico. Desde la metonimia y la metáfora, si acuden al psicoanalista, sus preguntas deben generar cadenas lingüísticas relacionadas con su historia y sus mitos, procurando así la cura.

Sin embargo debo adelantar que, siguiendo las enseñanzas de J. Lacan, se apostará a que “la invención del psicoanálisis sirva para algo”. Lacan nos propone tener “confianza” en el síntoma. Su posición es opuesta a la que organiza la clínica desde la doctrina de la “desconfianza “en el síntoma.

Siguiendo a Lacan (2003) el síntoma tiene estructura de metáfora, implica “algún dos” por medio del cual se engendra el sentido. Para la aparición del sujeto es necesario un S1 y un S2, recordemos: “Un sujeto es lo que representa un significante para otro significante”. En la diferencia que se produce entre el S1 y el S2 es el lugar de aparición y desaparición del sujeto. En este sentido, podemos decir que el síntoma tiene estructura de metáfora, es decir de sustitución de significantes.

Lacan plantea un problema de legalidad cuando dice que el FPS “es de todos modos del orden de lo escrito, que en muchos casos no sabemos leerlo”.

De acuerdo con Lacan (2002) la diferencia entre FPS y síntoma debe buscarse en la clase de goce que se encuentra en juego, “*la cuestión debería juzgarse a nivel de ¿cuál es el goce que se encuentra en el psicosomático?*” (p. 139) y más adelante señala “*revelación del goce específico que hay en su fijación, como siempre debe tenderse a abordar al psicosomático”*. (p. 139)

4.3 SÍNTOMA / CARACTERIZACIÓN DEL CUERPO

La medicina trata los síntomas como manifestaciones subyacentes a una enfermedad las cuales son perceptibles, por lo que permiten que dicha enfermedad pueda ser detectada. El síntoma, entonces, es rescatado de las manifestaciones verbales del paciente procurando con ello conocer aquellos procesos que afectan el cuerpo.

Desde este punto de vista, síntoma y cuerpo, como conceptos aparecen atados inevitablemente. Por lo mismo, desde este lugar el discurso médico sostiene significantes como “enfermedad y salud mental”, “salud integral” o “unidad biopsicosocial” entre otros, pero siempre reflejados en el cuerpo, en los argumentos anatómicos y fisiológicos; relegando ciertas manifestaciones que no encuentran lugar en esos argumentos a expresiones como “enfermedades inespecíficas”.

Por lo contrario, el psicoanálisis, por su origen y el lugar que se da al margen y fuera del territorio del campo médico, establece distinciones estructurales las cuales no serían posibles del discurso médico, pero que resuelven el lugar de las manifestaciones “inespecíficas”.

El psicoanálisis de la mano de Freud, comienza a adentrarse en el fenómeno psicosomático con sus descubrimientos de los síntomas conversivos en pacientes histéricas. Esta neurosis es de vital importancia para el psicoanálisis ya que los hallazgos de la etiología psíquica van a la par con el descubrimiento del psicoanálisis.

Ha de recordarse que la sintomatología clásica de la histeria incluye síntomas físicos, como parálisis faciales, dolores, perturbaciones de la sensibilidad, etc., para los cuales no se encuentran causas físicas, pero que sin duda lo que la caracteriza son sus síntomas conversivos.

Siguiendo a Freud (1984) en su conferencia No. 17, señala que los síntomas son actos nocivos o inútiles que el sujeto realiza contra su voluntad, experimentando displacer, sufrimiento e incluso dolor, agotando su energía psíquica e incapacitándolo para realizar otras actividades. Todos los síntomas psicoanalíticos poseen un sentido inconsciente aunque el sujeto lo ignore.

Tanto en psiquiatría, como en psicoanálisis, el concepto de síntoma es diferente. Hay que recordar que la psiquiatría se deriva del campo médico organicista, siendo entonces que la práctica médica se sostiene con una metodología y un discurso que le son propios. Por ejemplo, los signos que emanan de una enfermedad mental no cumplen con los requisitos para ser llamados síntomas desde el punto de vista psicoanalítico, pero sí para la psiquiatría.

Sin embargo, la discrepancia principal no es clínica, sino conceptual. Mientras que para la psiquiatría los síntomas son indicadores subjetivos que apuntan hacia los signos objetivos de una enfermedad, para el psicoanálisis el síntoma es la expresión subjetiva de un conflicto

inconsciente (Freud, 2004). Más precisamente, es aquella formación que posibilita la expresión de lo que se ha reprimido y retorna para la realización del fantasma inconsciente.

Freud (1984) en su conferencia No. 17, señala que el síntoma se encamina a dar cumplimiento a un deseo inconsciente, pero constituye a la vez una formación de compromiso para que sea posible, puesto que la represión vuelve a actuar sobre lo que retorna.

En la teoría psicoanalítica aparecen tres tópicas sobre el síntoma, la primera teoría aparece en 1895 cuando Breuer y Freud estaban haciendo el descubrimiento del inconsciente (Freud, 1985).

El trabajo se realizaba con pacientes histéricas quienes al llegar a comprender el sentido del síntoma y su significado se asomaba a la conciencia, entonces desaparecía el síntoma, de esta manera surge el primer método terapéutico freudiano: hacer consciente lo inconsciente.

Freud, S. (1985) a propósito de los mecanismos psíquicos del fenómeno histérico creía que cuando una nueva escena activaba el recuerdo de esas tempranas escenas de seducción, el síntoma aparecía como sustituto de ese recuerdo: en vez de recordar se producía un síntoma histérico.

Siguiendo a Ustárroz, D. (2008) en una segunda teoría sobre el síntoma, Freud descubre la represión, postula su segunda teoría del síntoma. Freud sostiene que lo reprimido inconsciente se procura una descarga dando rodeos toda vez que se conceptualiza el retorno de lo reprimido. De esta manera, el síntoma pasa a ser el resultado de una formación de compromiso entre el deseo y la defensa.

Si la pulsión logra su satisfacción, ello provocaría un enorme displacer al Yo, por lo que ocurre la represión. De esta manera, el síntoma se convierte en una satisfacción sustitutiva del deseo reprimido, pero esta vez desfigurado y desviado de su fin por la resistencia del Yo. De

este proceso de interceptación represivo, aparece el síntoma como un sustituto de una satisfacción pulsional (Ustárroz, 2008).

Por eso, para el psicoanálisis, a diferencia de la psiquiatría, el fenómeno psicosomático no es un síntoma en tanto no cumple con los requisitos de ser formaciones transaccionales entre un deseo y una defensa.

La impotencia sexual, la frigidez o la eyaculación precoz no son síntomas sino inhibiciones de funciones sexuales. En ellas el Yo renuncia a funciones que le competen para no tener que realizar una represión. La inhibición, a diferencia del síntoma, es algo que sucede dentro del Yo.

La angustia, en cambio, funciona como una señal de alerta, Martínez, J. (1994-95) que le avisa al sujeto de un peligro eminente por lo cual tampoco es un síntoma desde el punto de vista psicoanalítico.

Por el contrario, Esta satisfacción sustitutiva del deseo reprimido a la que hace referencia Freud, no es sentida como placentera por el sujeto, sino como algo doloroso y es lo que Lacan va a denominar como goce.

Para Lacan (2001) el síntoma no es más que su formulación, su puesta en palabras, es un síntoma hablado por el sujeto. En este sentido, el síntoma es lo que el paciente narra de su síntoma a su analista, para ser interpretado.

Para el psicoanálisis el síntoma es un hecho del discurso en tanto que conocemos solo el texto que el paciente cuenta en sesión. Para Lacan el síntoma es el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto, lo reprimido es el significado, y el síntoma que aparece es su significante.

Para Lacan, en “función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, escritos 1”, los síntomas son efectos del lenguaje, no hay una esencia de la enfermedad.

Pero no son solamente lenguaje, son una manera que encuentra el sujeto de gozar, gozar que no es placer, sino una satisfacción paradójica que implica a las pulsiones parciales y conlleva a la vez sufrimiento.

Desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana, la confianza en el síntoma es inherente a la noción de causalidad psíquica. El psicoanálisis lacaniano invita a confiar en el síntoma porque no se le considera un desecho, sino una formación que obedece a ciertas reglas.

El síntoma constituye la enfermedad y al mismo tiempo, es el intento de curación que el propio sujeto del inconsciente lleva adelante. En la búsqueda de las causas y en la dirección de la cura, debe darse prioridad al síntoma, un fenómeno más estructurado que el estado de ánimo o afecto que lo acompañe.

En la concepción del síntoma desde la propuesta psicoanalítica aparecen muchos otros conceptos que se abordaran en el proceso de construcción de este escrito, pero que por ahora se atinará a mencionarse de manera tangencial.

En este sentido, En la segunda tópica Freud encuentra que hay algo que se resiste a la interpretación y que limita el uso de la palabra de manera terapéutica, dando lugar a la repetición bajo las condiciones de la resistencia (Freud, 1914: 153).

4.4 Discurso

El discurso presenta la cualidad de establecer la interacción en las acciones correspondientes a la lucha porque en él se expresa el orden de la cosas, para Foucault (2005)

el discurso es el medio que se quiere tomar, es el poder que se quiere adueñara para reconfigurar ese tipo de orden establecido. De allí que, del discurso expresa o se señala la valides o no de los conceptos, estos circulan en las relaciones sociales constituyendo el carácter de verdad.

En este sentido, el discurso desde la acción racionalizada genera una exclusión por el carácter dual entre lo verdadero/falso, bueno/malo, etc., que despliega en él y que busca mantener desde la coacción del lenguaje el oreen institucionalizado y que afecta la voluntad de saber por parte del sujeto.

Las formas de exclusión a través del discurso se reconfiguran desde la historia, es decir en cada sociedad se expresa un discurso legítimo que ejerce la acción de poder para definir que se excluye y que no, que de igual manera genera aquello que se debe considerar como verdadero o valido.

Foucault (2005) señala que esa característica histórica del discurso y la forma de exclusión se encuentra relacionado con la voluntad de saber dónde se conforma el discurso para definir la verdad desde el enunciado mismo que expresa su valides en cada momento o contexto social.

Por esta razón, el discurso expresa sus particularidades en cada momento histórico:

> Pues esta voluntad de verdad, como los otros sistemas de exclusión, se apoya en una base institucional: está a la vez reforzada y acompañada por una densa serie de prácticas como la pedagogía, el sistema de libros, la edición, las bibliotecas, las sociedades de sabios de antaño, los laboratorios actuales. Pero es acompañada también, más profundamente sin duda, por la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad en la que es valorado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido (Foucault, 2005, p. 22).

Se puede observar que, el discurso se presenta desde una institucionalidad que lo mantiene en constante distribución y aceptación en las dinámicas sociales que se desarrollan en los distintos espacios de representación institucional regulados por el Estado.

En este sentido, González y Martell (2013) señalan que el discurso comprende un análisis estructural de la realidad social en que vive el individuo, es decir constituye la dualidad entre individuo y colectivo donde este último corresponde a una práctica que articula a los demás individuos en diversas áreas o campos sociales.

De allí que, los sujetos expresan el entendimiento de una serie de discursos que le son propios de acuerdo al contexto histórico en el que viven y permite identificar el lugar discursivo en que el hombre vive y se expresa. El discurso configura la acción entre el saber y la práctica y entre la subjetivación/sujeción.

Para González y Martell (2013) los discursos, desde Foucault, comprender la "voluntad del saber" que se encuentra definida por una voluntad de poder tácito que es una práctica política sobre el sujeto. Por esta razón, todo discurso desde el científico hasta social se presupone una acción, además:

> En tanto prácticas de lenguaje, las discursividades están determinadas por nuestras relaciones de poder, las mismas que determinan la forma de ver el mundo. Somos hijos de nuestro tiempo. Esta condición es inevitable. Es en este sentido, Foucault habla del sujeto como resultado político e histórico, lejos de ser substancia libre sin condicionante alguno (p. 157).

Asimismo, el discurso como elemento de acción del sujeto se encuentra en las diferentes actividades sociales, políticas y culturales que las subjetividades sociales, los juegos de verdad, las prácticas y conocimientos definen al mismo hombre.

4.5 Lenguaje

El lenguaje es la expresión de los signos lingüísticos que establecen los significados definidos por una sociedad determinada, es decir la estructura del lenguaje es dada e impuesta por la misma comunidad. Estos significados configuran la realidad para cada sujeto desarrollando la capacidad cognitiva de conocimiento y a la vez de la conducta, que son expresan significantes y que constituyen el psiquismo de cada individuo.

Para Pedroza, Ortega y Rubio (2014) el lenguaje es en sí la construcción de del inconsciente porque este se estructura desde el lenguaje el cual le da significado a la configuración del deseo del sujeto, en esta medida:

> En la consulta clínica, no se espera escuchar un discurso preconcebido, articulado de manera precisa y sin matices, tampoco se espera que el sujeto en cuestión haga gala de una retórica mediante la cual los datos y la articulación de los mismos puedan dar una respuesta absoluta a una verdad desconocida y menos aún de una verdad sobre sí mismo (p. 74).

Se puede decir que, el lenguaje busca dar una explicación a las formas de interrelación que se dan entre los individuos dentro de su propia cultura o región específica, de esta manera comprender que ocurre con los significados propios de la lingüística en el inconsciente del sujeto que le permite reconstruir sus propios significados.

El lenguaje permite reconstruir los significantes de cada persona, sus inquietudes, necesidades, deseos, etc., que estarían por fuera de la estructuración lingüística institucionalizada, es decir que corresponde al espacio por fuera de la razón y que busca establecer significados para el propio sujeto que le son lógicos y llenos de contenido.

En este sentido, Para Freud (1971) los sueños constituyen un lenguaje que configura los distintos significados que el sujeto puede expresar o desear desde su inconsciente, los cuales

expresan una serie de estímulos físicos o de estado de ánimo que le dan sentido y significante a los hechos vividos y recordados del sueño.

De allí que Freud (1971) estructura a los sueños de la siguiente manera:

- Estímulo sensorial externo (objetivo).
- Estímulo sensorial interno (subjetivo).
- Estímulo somático interno (orgánico).
- Fuentes de estímulo puramente psíquicas

En estas formas estructuradas el lenguaje establece un significado expresado en cada sueño del sujeto, es decir el sujeto con su lenguaje configura la significación del hecho, sus sentimientos, sus valores que se ponen en juego con el lenguaje ya institucionalizado que lo orienta en la vida racional por la construcción de los significados y significados propios del lenguaje.

Estos significados lingüísticos ya institucionalizados en el discurso pueden ser percibidos o puestos en discusión en diferentes momentos de la vida de cada personas, es decir pueden expresar una temporalidad que le establece un significado propio. Para Freud (1971) en la etapa de la adultez pueden expresarse signos de la etapa de la niñez como acciones que se están entrelazando a través del tiempo.

Para Pedroza (et., al. 2014) el sujeto al poder darle significado a su entorno y en la necesidad de establecer un sentido los constituye como un “animal simbólico” y

> Entendiendo como símbolo, un signo que representa una idea, emoción, deseo, una forma social. Es convencional, puesto que está acordado por miembros de una sociedad humana, a diferencia de la señal natural que indica la existencia de otra cosa (donde vemos humo, hay fuego) Explicado esto, entendemos que un signo, deviene

> símbolo cuando asume un contenido ideológico que representa valores fundamentales para una sociedad (p. 75).

Se observa entonces que el hombre en su lenguaje conforma estructuras de significados y significante donde se orienta un orden y que el sujeto puede presentar algunas faltas de estos dos elementos (significados y significantes) que se encuentran expresados en los diferentes espacios sociales como la familia, la comunidad, etc., permitiendo al sujeto la construcción de sus significantes.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de investigación.

Esta investigación es de carácter cualitativo, ya que se explora el contexto relacionado con dos casos que describen el fenómeno psicosomático, donde se identifican situaciones, realidades producto de las acciones desarrolladas por los sujetos. La investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva. Es decir, a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas en ellas y no deductivamente con base en hipótesis formuladas por el investigador externo. Esto supone que los individuos interactúan con los otros miembros de su contexto social compartiendo el significado y el conocimiento que tiene de sí mismos y de su realidad. (Bonilla, 1989).

Este tipo de investigación es pertinente para abordar la problemática planteada en este estudio dado que tiene como propósito conocer la posible relación entre el fenómeno psicosomático y las emociones que comportan las personas que han padecido algunos malestares físicos.

5.2 Tipo de estudio

Esta investigación se aborda con un Estudio de Caso, tomado de la literatura psicoanalítica de Freud, definido como una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es decir, se retoman dos casos que permiten evidenciar una situación particular, el fenómeno psicosomático descrito de manera detallada. Es una instancia tomada de una clase, elegida por su interés intrínseco, o por la

decisión de estudiar en profundidad. (Stake, 1994; Yin, 1994; Merriam, 1998; Pérez Serrano, 1998a)

5.3 Técnicas de recolección de información e instrumentalización

La técnica para recoger la información es la revisión documental y su posterior análisis de contenido porque se trata de clasificar los elementos de un mensaje (Monge, 2011). En este caso, el mensaje contenido en los dos casos referenciados a partir de las nociones de cuerpo, discurso y lenguaje que determinan o definen el fenómeno psicosomático.

5.4 Técnica de análisis de datos

Para el manejo de los datos y el análisis de los mismos se empleara el análisis de contenido. De acuerdo con la definición clásica de Berelson (1952 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva sistemática y cuantitativa; sin embargo Krippendorff (1990) extiende la definición del análisis de contenido como una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias válidas y confiables que pueden aplicarse a un contexto.

Teniendo en cuenta estas posturas, se puede decir que el análisis de contenido es una técnica que busca descubrir el significado o el sentido de la información para hacer inferencias válidas. El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, es el método de clasificación de la información o de los datos a todas y cada una de las unidades de análisis identificadas en el corpus; se refiere a la asignación de un código o símbolo a cada una de las categorías determinadas.

Para Holsti (1986 citado por Azcárate, 2006) la codificación "*es el proceso por el que los datos brutos son transformados sistemáticamente y agregados en unidades que permiten una descripción precisa de las características pertinentes del contenido"*.

6. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

En el año de 1880 en Alemania al psicólogo y fisiólogo austríaco Josef Breuer atiende a Ana O (seudónimo) quien en realidad se llamaba Bertha Pappenheim una joven de 21 años con un claro diagnóstico de histeria. La histeria era una enfermedad nerviosa que en aquel entonces empezaba hacer común en muchas mujeres.

Para 1883 Joseph Breuer consulta a Sigmund Freud sobre el caso Anna O, cuyos episodios de histeria lo tenían desconcertado como médico.

El caso de Ana O fue registrado en el libro titulado Estudios sobre la histeria, escrito por Josef Breuer y Sigmund Freud.

Por su parte el caso de Juana es un caso que aparece en el libro titulado La Histeria, El Sexo y el médico, escrito por Lucen Israel.

6.1 El Caso de Ana O

Ana era una mujer muy preparada, con una inteligencia sobre saliente, una capacidad asombrosamente aguda e intuición penetrante, todo eso termino al dejar la escuela. Significativas dotes poéticas y fantasía regulado por un entendimiento atajante y crítico; cabe resaltar que el elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado, también cultivaba sistemáticamente el soñar diurno al que Ana llamó su “ teatro privado” con el cual se ausentaba, se ensimismaba mientras las demás personas la creían presente, reviviendo en su mente unos cuentos, sin embargo siempre estaba alerta por si la llamaban, pues de esa manera nadie se daría cuenta, de tal modo que realizaba sus actividades domésticas de manera intachable.

Inicialmente Breuer atiene a Ana por una tos que parecía grave, cuando le da de alta, su padre fallece, provocando en ella una nueva crisis, fue así como entre 1880 y 1882, Breuer la atiende nuevamente ordenando incluso que la internen.

Posteriormente con la muerte de su padre, Anna comienza a rechazar comida desarrollando una serie inusual y extraña de síntomas. Pierde sensibilidad en las manos y los pies, parálisis parciales y espasmos involuntarios, alucinaciones visuales. Todo esto, sin una causa física justificable. Asimismo presentaba fantasías, cambios muy bruscos de humor así como varios intentos de suicidio, fue así como Breuer le diagnostica histeria, es decir que presentaba síntomas en el cuerpo de origen psíquico, de manera que Breuer coincida los síntomas físicos, luego en los cambios de humor, las alucinaciones y las ausencias.

Ana tenia momentos de mutismo y somnolencia que Breuer denominó "hipnosis vesperal", pues durante las noches ella se sumía en una hipnosis espontanea a los que Ana llamó "nube", cuando Breuer le pide que hable de su padre ella puede hablar, aunque no en su propia lengua, alemán, sino que lo hace en inglés, después de esas conversaciones que Ana llamo "talking cure" o limpieza de chimenea conseguía sentirse mejor al punto de tranquilizarse, es así como la paciente tenía dos yoes totalmente separados, que se alternaban entre sí muy seguido y sin transición; fueron separándose cada vez más durante la enfermedad, tanto así que uno de sus yoes presenta tristeza, angustia, conocía su entorno y relativamente normal; en el otro alucinaba y era violenta física y verbalmente en medio de su parálisis.

Según Breuer, Ana llevaba una vida extremadamente monótona (cuidaba a su padre enfermo); llegó a sufrir un complicadísimo cuadro de síntomas, así llegó a padecer ceguera, parálisis parcial de brazos y parálisis total en piernas, estrabismo ocular, y parafasia, parecían inconexos y aleatorios pero que, después de un año largo de tratamiento solo hablaba inglés y no entendía lo que se decía en alemán, tanto así que hacia lecturas en alto de manera inconsciente de textos en francés o italiano, idiomas que no dominaba muy bien que luego pasaba a inglés.

Cabe resaltar un episodio en que Ana se le volvió imposible beber agua, después de semanas de alimentarse de frutas que la hidrataban; hidrofobia que la generó el recuerdo de que su dama de compañía dio de beber agua a su perro del mismo vaso, así el haber revivido por medio del relato aquel recuerdo lo desbloqueo e hiso posible beber agua de nuevo. Cabe agregar que Ana estableció un vínculo tan estrecho con Breuer que con su presencia mejoraba o empeoraba lo que se denominó posteriormente transferencia

6.2 Los malos encuentros (el caso de Juana)

Antes de hacer una descripción del caso hay una salvedad respecto a porque se hace necesario entender porque los comportamientos de los histéricos en el plano biológico no pueden ser entendida de primera mano por parte de los médicos, la razón es que hay causas de carácter psicológico que terminan por manifestarse y al mismo tiempo ocasionar malos encuentros entre médicos e histéricos.

El caso es el de Juana una mujer de 20 años que tuvo un accidente automovilístico del cual salió ilesa, pero con el tiempo su comportamiento empezó a cambiar de manera abrupta, se la pasaba llorando, no dormía bien, se había vuelto irritable. Inicialmente le hicieron un examen completo para determinar los motivos por los que se encontraba así.

Después de tres semanas de estar en esa situación, le recomiendan a Juana cambiar de aire, que en esta caso sería de clima, un lugar más frio, donde empieza a tener unas manifestaciones más fuertes del problema, le duele la cabeza y fotofobia, razón por la cual fue revisada por un médico del lugar quien empieza a hacerle exámenes para determinar la causa de estos males. Aunque el medico noto cambios sustanciales en la salud de Juana, al final no logra establecer que es lo que sucede, razón por la cual decide consultar a su colega, el médico que la había chequeado cuando aparecieron estos malestares, aunque las notas y

dictámenes eran compartidos por ambos médicos, no se lograba establecer donde estaba la raíz u origen de dichos malestares.

Los dolores de cabeza, problemas en la flexibilidad en una de sus piernas, que después de un año de tratamiento que llevo a Juana a volverse adicta a los somníferos, presentar cierta atrofia en la pierna y usar gafas para evitar el impacto de la fotofobia.

Pese a que los supuestos malestares se habían reducido al mínimo, Juana seguía drogándose. Regreso donde el primer médico para solicitarle una consulta con un psicólogo, este rechazo esa solicitud, más bien le recomendó una visita a un siquiatra, al final Juana se suicida.

Los comentarios sobre este caso permiten establecer en un principio que las circunstancias en las que ocurrió el accidente fueron las que finalmente afectaron a Juana, es decir, sirvieron de detonante para que aparecieran los malestares, la razón es porque había vivido una ruptura sentimental, camino a su casa iba de copiloto en el carro del amigo o persona con la que había vivido la ruptura.

La familia de Juana nunca entendió de que se trataba la situación por la que estaba pasando, además de eso el médico que la trato tampoco pudo establecer que le pasaba, porque todo el tiempo estaba pendiente de los problemas físicos, situación que termino por establecer un patrón de comportamiento en Juana desde que aparecieron los malestares hasta que se suicidó.

La otra cuestión que subyace en este caso es que los patrones de consulta y diagnostico están lejos de entender hasta qué punto una situación como la vivida por Juana puede desencadenar situaciones tan traumáticas que si bien se manifiestan en el plano físico, tienen su origen en lo psicológico, por esta razón, quien documenta el caso considera que debe

hacerse un esfuerzo por entender de que se tratan los malestares cuando aparecen más cuando es el cuerpo el que los manifiesta.

6.3 Lo que dice el cuerpo de Ana y Juana

Tanto Ana como Juana exteriorizaron sus estados emocionales a través del cuerpo, en tanto manifestaron malestares físicos que parecían enfermedades graves. Ana con la ceguera, parálisis parcial de brazos, parálisis total de piernas, estrabismo ocular. Mientras que Juana empezó con dolores de cabeza, fotofobia, molestia en una de las piernas.

Estos síntomas que se manifestaron en los cuerpos de Ana y Juana mostraron que los alcances de lo que estaban viviendo como personas teniendo en cuenta las situaciones que sirvieron como detonantes, rupturas y vacíos sentimentales que al parecer no tuvieron una especie de duelo, para al final aparecer sin razón alguna, estableciéndose diagnósticos médicos que al principio no permitieron señalar de manera puntual lo que estaba ocurriendo en la parte emocional.

Lo anterior coincide con lo planteado por Cachorro (2008) en relación a la forma como el cuerpo termina comunicando un estado psicológico. Dicho estado psicológico está atravesado por una experiencia vivida en donde aparecen síntomas de enfermedades que a primera vista parecen tener un sustento médico, pero ya entrando en los detalles están emitiendo un mensaje al que seguramente no le han puesto mucho cuidado.

Ahora bien, tanto Ana como Juana sometieron el cuerpo a una serie de procesos médicos – clínicos que mostraron en un principio cuadros de enfermedad, que con el transcurrir del tiempo parecían empeorarse, lo que puede ser entendido como una manifestación de crisis en relación con la experiencia vivida, aunque siempre expresada en el cuerpo, es decir, una materialización del estado emocional que al mismo tiempo es de tipo social, porque vincula a las familias, los procesos terapéuticos y la construcción como pacientes.

Lo que llama la atención es que el juicio emitido por Breuer para el caso de Ana es diferente con respecto al juicio emitido por el medico de Juana. El primero logra dilucidar los aspectos psicológicos presentes en la paciente, mientras que el segundo solo profundiza en el análisis de las condiciones físicas.

En ambos casos el cuerpo es el punto de partida para expresar lo que se está sintiendo, la experiencia vivida y la posición que se asume ante las personas cercanas, las capacidades de respuesta ante estímulos presentes en los tratamientos bajo los cuales fueron tratadas.

6.4 El discurso presente

Como señala Foucault (2005) el discurso establece la acción racionalizada de la definición del orden de las cosas y por tanto de exclusión entre lo falso y lo verdadero, en este sentido, al no encontrar ningún trauma físico se define la situación en los casos de Ana y de Juana como la necesidad de cambiar de espacios de interacción y no como un problema de la psicología en un primer momento.

Los problemas expresados somáticamente por Juana como la histeria, la fotofobia, el atrofiamiento del musculo de la pierna, entre otros son la expresión de una serie de acciones que había vivido la paciente a lo largo de su vida como lo fueron la situación familiar, afectiva y social que en el momento del accidente salen a flote.

Mientras que, en Ana el cuidado y muerte de su padre va a expresar la ceguera, la parálisis parcial de brazos y parálisis total en piernas, el estrabismo ocular, y la parafasia, además la separación de personalidad y de lengua que transforma las condiciones de vida.

Para Freud (1985) las expresiones sintomáticas se encuentran relacionadas con la histeria debido a las experiencias en su entorno familiar, al tener problemas que generaron

diferentes situaciones problemáticas que se fueron expresando con las distintas enfermedades que afectaron un transcurso de vida para ambos casos.

Se puede observar que la paciente fue experimentando situaciones en que no podía expresarse debido al poder y control que sobre ella ejercía la familia y donde había una necesidad de exteriorizar sus necesidades, problemas e inquietudes que no fueron afrontadas.

Las enfermedades psicosomáticas para los casos de Juana y Ana que son expresadas en lo sintomático en el cuerpo identifican un discurso que define la verdad construida por cada paciente la cual valida tanto su situación física como psicológica, Foucault (2005) señala que el discurso constituye una forma de exclusión a través de la voluntad de saber dónde se conforma el discurso para definir la verdad desde el enunciado de acuerdo al momento vivido.

De allí que, debido a la muerte del papa de Ana, ella desarrolló una serie de síntomas que afectaron su vida y que generaron significados entorno a la ausencia, cambios de humor y alucinaciones, los cuales dan cuenta de los distintos conflictos internos que ella vivía e intentaba expresar de alguna manera.

Para el caso de Juana, la incapacidad de establecer criterios para solucionar la relación entorno a las dinámicas familiares dio lugar a manifestaciones y significados como la histeria que buscaba establecer la realidad en que se formó desde su niñez. Asimismo los distintos síntomas somáticos que generaron significado a la expresión de sus conflictos internos.

Otro elemento del discurso que se presenta en los casos de Ana y de Juana es el análisis estructural realizado por los psicoanalistas, como señalan González y Martell (2013) el discurso como acción entre el individuo y el colectivo constituye un análisis estructural de la realidad social.

Para el caso de Ana el doctor identifica dos yoes separados los cuales daban a conocer sus expresiones dentro de lo racional subjetivo, es decir da cuenta sobre la diferenciación entre la acción de tristeza, angustia y el reconocimiento de la realidad y el otro se encontraba en una irrealidad donde alucinaba y tenía expresiones de violencia verbal y física.

En el caso de Juana el especialista reconoce a la histeria como una representación de las acciones que se han manifestado en toda su vida, donde el proceso de hospitalización generó la misma manifestación que se retomada episodios de la niñez. Asimismo, al no poder solucionar sus problemas y conflictos familiares e internos, el silencio fue la acción más recurrente y que los problemas psicosomáticos se desencadenaron las manifestaciones físicas debido a la imposibilidad de hablar sobre estos temas.

6.5 La catarsis

El lenguaje permite al sujeto exteriorizar los significados que dan sentido a las manifestaciones somáticas, pues esos significados configuran la realidad de cada sujeto los cuentos en el caso de Ana que permitieron a Breuer entender un poco lo que sucedía con ella, de ahí que el lenguaje es la construcción del inconsciente representan el deseo del sujeto (Pedroza, Ortega y Rubio, 2014).

No se trata de que en la consulta el paciente de datos, sino que el lenguaje configura una punto de relación entre el cuerpo y la psique, es decir, que las manifestaciones somáticas son una forma de comunicar, son la manifestación simbólica de lo que el sujeto tiene en su inconsciente, de ahí que se hable de lenguaje corporal que dan respuesta a una verdad desconocida hasta para el mismo.

El cambio de comportamiento es una manera de comunicar de qué algo no va bien, es un signo de malestar, el dolor de cabeza, el llanto y la tristeza pueden en el caso de Juana representaba la ruptura sentimental que se traducía en su inconsciente como la perdida de

alguien muy preciado para ella, así que esos padecimientos que se hicieron recurrentes y más fuertes parecían reflejar el duelo que atravesaba y el dolor intenso que significaba para ella la ruptura sentimental con ese amigo, ser querido (Pedroza, Ortega y Rubio, 2014). Por lo tanto el lenguaje permite la reconstrucción de los significantes de cada persona, el deseo de sentirse importante para alguien de tener una relación con alguien como en el caso de Ana y su recuperación o desmejora condicionada por la presencia de Breuer al punto que los actos de violencia de su yo "anormal, enfermo" puede entenderse como el reflejo de su enojo con Breuer por no haberla visitado, de no estar con ella, cabe recordar que ella no había experimentado su aspecto sexual.

El lenguaje son más que las palabras, el leguaje que se aborda aquí es algo que está por fuera de lo convencional en institucionalizado, pues se trata de un espacio por fuera de la razón, por ejemplo cuando de pidió a Ana que hablara con su padre lo hiso en inglés, lo cual tenía sentido para ella por ser una mujer bastante preparada, pues él al parecer era su referente su modelo a seguir.

Por su parte el llevar una vida monótona, en la que hacer las laboras domesticas de manera impecable, representan lo que deber ser una mujer, lo cual por su clase social tenían sentido para ella; donde la muerte del padre como detonante del complicado cuando sintomático, al parecer no eran más que la expresión de la culpa de no haber podido cuidar del padre, debido a que estaba enferma.

Así la parálisis puede entenderse como la impotencia de no haber podido cuidar de él, cuyas alucinaciones constituyen el deseo de lo que yacía en su inconsciente, asimismo la hidrofobia es un modo de expresar el recuerdo de que su dama de compañía dio de beber agua a su perro del mismo vaso, un suceso que por medio de la conversa con Breuer desbloqueo pudiendo beber agua de nuevo (Freud, 1900) y es que en la etapa de la adultez se

puede expresar signos de la etapa de la niñez como acciones que se conectan a través del tiempo.

De acuerdo con Freud (1900) lo que experimenta el sujeto en el inconsciente puede expresarlos en una variedad de síntomas físicos en el estado de ánimo que dan lugar y sentido, por ser significativos puesto que tienen relación con los hechos vividos que son recordados mediante afecciones físicas que son en realidad manifestaciones somáticas por tener un origen psíquico generado por esos hechos.

De allí que los problemas para dormir (pesadillas) de Juana manifestaban la significación del hecho de la ruptura sentimental con ese alguien importante para ella. Los sueños son estructuras de lenguaje, son otra forma de lenguaje cuyo significado se establece en cada uno de ellos, donde es cada sujeto quien construye el significado que por lo general tiene una íntima relación con su vida (Freud, 1990), en el entendido de esto la depresión mayor que experimentó Juana después de la ruptura decían el malestar que vivía lo doloroso y significativamente negativo que fue para ella ese hecho, que se traduce en su sentimiento de pérdida, que desafiaron el lenguaje institucionalizado del médico que no entendía lo que pasaba con ella ya que para él no tenían sentido por no poder explicar la razón de ello.

En palabras de Pedroza (et., al. 2014) la manifestación somática constituye un símbolo, un signo que representa una idea, emoción, deseo, una forma social. Es convencional, puesto que está acordado por miembros de una sociedad humana, a diferencia de la señal natural que indica la existencia de otra cosa (donde vemos humo, hay fuego) Explicado esto, entendemos que un signo, deviene símbolo cuando asume un contenido ideológico que representa valores fundamentales para una sociedad (p. 75).

Por lo anterior, las manifestaciones somáticas si bien tiene un significado propio para cada sujeto según su personalidad, no son ajenos para la sociedad en el sentido que el

especialista en salud mental ya tiene conocimiento sobre ello, por constituir reacciones, emociones sentimientos y conductas humanas conocidas a lo largo de la historia, de ahí que tiene un sentido socialmente construido, aprendido y traducido cuyo significado esta socialmente establecido aunque sea experimentado y manifestado de manera particular para cada persona.

6.6 Lo psicosomático en Ana y Juana

En el caso de Ana quien padecía un complicado cuadro de síntomas que no tenían conexión alguna, que fueron desencadenados por la muerte de su padre a quien había idealizado mientras que en el caso de Juana la ruptura sentimental con un amigo, quien significaba mucho para ella, fue lo que desencadenó los padecimientos físico después de que sufrió el accidente.

Las situaciones psicológicas que presentan Ana y Juana se debió a que fueron afectadas por la pérdida de personas muy importantes para ellas que suponen un duelo; en el que se debe considerar las actividades de las personas para conocer un poco su personalidad, que permite identificar los factores psicológicos que favorecen el desencadenamiento del proceso psicosomático; es decir, que una afección físicamente grave puede originarse por situaciones de origen psicológico que la favorecen (Baró, 1998).

Es así como los cambios de humor, las alucinaciones, las ausencias, la tristeza, la agresividad, los problemas para dormir, parálisis parcial de brazos y parálisis total en piernas, la ceguera el estrabismo ocular, la parafasia y la hidrofobia en el caso de Ana; en cambio en el caso de Juana el comportamiento, los problemas de sueño, el llanto constante, lo irritable, los dolores de cabeza, el problema de flexibilidad en una de sus piernas y la fotofobia; constituyen situaciones producidas por rupturas sentimentales, la muerte de un ser querido o

el terminar una relación con alguien simboliza el termino de algo que implica vivir el duelo de ese ser querido o algo importante.

Las entrevistas o conversaciones documentadas a partir de los casos de Ana y Juana, permite determinar y comprobar la existencia de una situación desencadenante de carácter psicológico (la muerte de un ser querido o el terminar una relación) es el origen, el factor de la afección tan manifiestamente somática como para dormir, parálisis parcial de brazos y parálisis total en piernas, la ceguera el estrabismo ocular, la parafasia los problemas de sueño, el llanto constante, lo irritable, los dolores de cabeza, el problema de flexibilidad en una de sus piernas, los dolores de cabeza y la fotofobia, así el analizar las condiciones en que aparecen y a que ámbitos existenciales pertenece, significa aprovechar la aproximación psicodinámica a los cuadros sintomáticos agudos para confirmar o desmentir la existencia del factor que la desencadenó, donde la conducta como factor de riesgo muy importante para conocer y determinar el origen de enfermedades como la histeria y de esta manera, obtener información útil en la prevención y tratamiento de tan grave patología (Baró, 1998).

En cuanto a las entrevistas tanto en el caso de Ana como en el caso de Juana, las entrevistas o conversaciones permitieron conocer el origen de la enfermedad así como determinar el tratamiento o remisión a un especialista en ambos casos que llevan a pacientes como Ana calmarse o al suicidio muerte en el caso de Juana.

Ambos casos manifestaron la respuesta de malestar, que estaban acompañados de perturbaciones emocionales (alucinaciones, llanto, tristeza) y estrés por parte de las pacientes, diagnosticadas con histeria (Murillo y Pedraza, 2006).

CONCLUSIONES

Revisando las similitudes y diferencias en la forma de somatización del fenómeno psicosomático a partir de la comparación de dos casos tomados de la literatura psicoanalítica, muestran que las formas sintomáticas de somatización de hoy en día como en las histéricas de antaño están atravesadas por el contexto de la época, por lo tanto los síntomas de la histeria como vimos en ambos casos presentan similitudes y diferencias, cuyo punto de encuentro es la perdida de ese ser querido para Ana y Juana, sin embargo en el caso Juana el deterioro de las relaciones familiares permiten pensar que muy probablemente en su parte emocional estaba afectada solo que el detonante de la histeria fue tal perdida.

Tanto ayer como hoy se presentan formas de somatización parecidas pero también acompañado de otros síntomas que hacen la diferencia debido a la particularidad de la estructura psíquica de cada persona y su historia de vida, así como, mientras en el caso de Ana su relación con su padre quien al parecer era su única familia, se puede caracterizar como estrecha y funcional, caso de Juana no pues la relación con la familia era disfuncional, pues se sentía presionada por ésta y tal parece su comunicación no era muy buena.

En efecto las situaciones y relaciones familiares acompañado de la perdida ese ser querido y preciado en los casos de Juana y Ana, el cuerpo fue lo que pudo evidenciar una manifestación de su estado emocional, como una manera de comunicar lo que estaban pasando, lo sucedido y el sentido que le dieron a las experiencias vividas por cada una. De manera que los mensajes construidos desde lo corporal permiten que en ambos casos se pueda establecer las causas de lo que se considera en la parte psicológica.

El discurso que construyen los sujetos de acuerdo con la aparición de los síntomas psicosomáticos expresan significados de acuerdo a la necesidad y el lugar discursivo en que se encuentra para generar acciones que están en conflicto con la realidad. De igual manera, el discurso establece un reconocimiento de la acción de los sujetos en los cuales se puede

identificar el saber y la práctica y la subjetivación/sujeción en torno a las distintas expresiones físicas del cuerpo.

Las personas en su lenguaje construyen estructuras de significados y significantes que marcan un orden y que el sujeto puede presentar algunas faltas de estos dos elementos (significados y significantes) que están insertos en los diferentes espacios sociales en que se encuentra e interactúa como la familia, la comunidad, etc., haciendo posible que el sujeto construya sus significantes propios significantes de acuerdo a su historia de vida.

Las situaciones generadoras de estrés, de impacto emocional detonantes de afecciones físicas que aparentemente no parecen tener una raíz psíquica, donde el cambio de conducta se convierte en el factor clave que acompañado de las afecciones físicas permiten al médico tratante establecer un diagnostico con el que se tenga la certeza de que se trata de una fermentad de carácter psicológico que requiere la opinión, remisión y tratamiento de un experto como un psiquiatra o un profesional de la rama de salud mental.

Cada persona tiene una manera de afrontar un duelo, un dolor psíquico que se manifiesta en el cuerpo no solo mediante dolores sino con la necesidad de calmar el dolor con el uso de medicinas que generan dependencia emocional y física por sus efectos calmantes, de manera que se evidencia en el cuerpo lo que la mente no puede soportar o expresar donde las entrevistas o conversaciones constituyen otro de los medios que en terapia permite al paciente dar sentido y determinar el origen de las afecciones físicas al tiempo que constituye un calmante (limpieza de chimenea) en el caso de Ana.

Lo novedoso resulta en el abordaje desde la tesis de las categorías del lenguaje, el discurso y el cuerpo desde la lectura psicoanalítica, el caso de Juana que es más contemporáneo se puede decir que para recibir atención psiquiátrica fue necesario consultar primero con el médico general quien este caso, recomendó asistencia psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cachorro, G. (2008) Cuerpo y subjetividad: Rasgos, configuraciones y proyecciones. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP, 15 al 17 de mayo de 2008, La Plata. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.697/ev.697.pdf

Chemama, R. (1998). Diccionario del Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Fossa, P. (2012) Cuando el alma sufre, los genes lloran: Revisitando el concepto de psicosomático. Revista de psicología GEPU 3 (2) 127 – 138. Recuperado el: http://revistadepsicologiagepu.es.tl/cuando-el-alma-sufre,-los-genes-lloran-d--revisitando-el-concepto-de-psicosom%c1tico.htm

Freud, S. (2004). Más allá del principio del placer (1920g). En: Obras completas, vol. XVIII (1920-1922). Buenos Aires: Amorrortu Editores

Freud, S. (1984). Conferencia 17: El sentido de los síntomas. *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu editores. pp. 235/249.

Freud, S. (1984). Conferencia 23: Los caminos de la formación de síntomas». *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu editores. 326 - 343.

Freud, S. (1984). “Pulsiones y destinos de pulsión” en Obras Completas, Tomo XIV, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores

Freud, S. (1985). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas, tomo XX*. Amorrortu editores. 71 - 164.

Freud, S. (1985). Estudios sobre la histeria. *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud, 1893*). Amorrortu editores. 27 – 44

Foucault, M. (2005). El orden del discurso. Buenos Aire, Argentina. Fabula TUSQUETS.

Fuentes, A. (2012). El fenómeno psicosomático, entre la medicina y el psicoanálisis. *Nucep textos*. Coloquio Medicina y psicoanálisis. Clermont-Ferrand. Recuperado de http://nucep.com/wp-content/uploads/2014/01/fenomeno_psico_araceli.pdf

González, D. y Martell, G. (2013). El análisis del discurso desde la perspectiva foucauldiana: método y generación del conocimiento. En: Ra Ximhai, 9(1), 153-172. México, Universidad Autónoma Indígena de México. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/461/46126366013.pdf

Janet, P. (2012). Las Neurosis. Affectio Societatis Vol. 9, Nº 17/ diciembre. Recuperado de www.file:///C:/Documents%20and%20Settings/ARGENIS/Mis%

20documentos/Downloads/14050-45614-1-PB%20(1).pdf

Jiménez, M. (2011). Valoración del dolor de espalda en el anciano mediante análisis de la calidad de vida. Tesis doctoral, Facultad de medicina, Departamento de cirugía. Universidad de Salamanca. España

Lacan, J. Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" en Escritos 1. México, Siglo XXI

Lacan, J. (2001) *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. En *Intervenciones y textos 2.* Buenos Aires, Manantial.

Lacan, J. (1997). *El Seminario 2, El yo en la teoría de Freud y en la práctica psicoanalítica.* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2003). *El Seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2002). Psicoanálisis y Medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.

Lain, Pedro (1950). Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática. Editorial Paz Montalvo. Madrid.

Laplanche, J. y Pontalis, J (2004) Diccionario de psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires. 6ª Edición

Martínez, J. (1994-95) Apuntes sobre la angustia en Freud. Recuperado de www.uv.es/marverjo/Textos/Angustia%20en%20Freud.htm

Monje C (2011) Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Comunicación Social y Periodismo. Neiva. Recuperado de: http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf

Murillo, M. y Pedraza, J. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. Psicooncología. Vol. 3, (2-3), pp. 377-392. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606220377A

Nacio, J.D. (1992). Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan. Barcelona- España. Editorial Gedisa.

Pedroza, F., Ortega, M. y Rubio, R. (2014). El lenguaje y el psicoanálisis. En: Revista Uarichas, 11(25), 72-82. México. Universidad Autónoma de Queretano. Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1126_072-082.pdf

Salem, F. (2003). El dolor crónico, un fenómeno de autoerotismo. Recuperado de http://www.efba.org/efbaonline/salem-09.htm

Ustárroz, D. (2008). El síntoma en la teoría psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental,* 1 (3). Recuperado de www.psi.usal.es/rppsm/pdfn3edicionespecial/El%20sintoma%20en%20la%20clinica.pdf