

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



***TESINA DE LICENCIATURA***

**““El fenómeno psicosomático desde una perspectiva psicoanalítica”. Una articulación con el cáncer de mama”**

*Alumna: Carolina Funes Illuminati.*

*Directora: Lic. Bibiana Vangieri.*

***Mendoza, de 2010***

**Hoja de evaluación**

**Tribunal**

▶ **Presidente:**

▶ **Vocal:**

▶ **Vocal:**

▶ **Profesor invitado:** Lic. Bibiana Vangieri.

**Nota:**

## **Agradecimientos**

*A mis padres Olga y Mario por su gran amor, contención, apoyo incondicional, ejemplo y complicidad”*

*A mis hermanos Eugenia, Gabriel y Diego por su escucha, sostén y cariño en todo momento.*

*A Chony y Carlos por su contención, amor y afecto,*

*A toda mi familia, por estar siempre junto a mí y enseñarme a mirar con fortaleza y optimismo la vida.*

*A mis amigos y compañeros de vida, Romina, Iván, Gustavo, Soledad, Heliana, Noelia, Yésica, Antonella, Elizabeth y Vanesa; por nuestras alegrías, aventuras, afectos y momentos compartidos.*

*A la Lic. Bibiana Vangieri por su dedicación, disposición, tolerancia y compañía en la dirección del presente trabajo de tesina.*

*Al Lic. Rubén Gusberti por mostrarme lo fascinante y enriquecedor de la línea psicoanalítica.*

*Al Lic. Andrés Romero por brindarme un espacio de escucha y surgimiento.*

*A todos aquellos que caminan junto a mí formando parte de mi vida...*

**GRACIAS!**

Carolina.

## **Resumen**

El presente trabajo se realizó con el objetivo de investigar acerca de los fenómenos psicosomáticos y su posible vinculación con el cáncer de mama.

Se indagó en conceptos médicos y anatómicos como el órgano mamario en cuanto a su caracterización general y específica, desarrollo y funcionalidad. Continuando con su particular patología como lo es el cáncer de mama y todas sus implicancias más relevantes.

Se llevó a cabo un acercamiento a la corriente teórica Psicoanalítica comenzando por su padre y maestro Sigmund Freud, haciendo hincapié en sus principales aportes en relación a la temática; para luego arribar a uno de sus principales seguidores como Jaques Lacan remarcando los conceptos fundamentales de su teoría.

Buscando indagar en lo concerniente a la temática de psicosomática se introdujeron distintas miradas y autores relevantes en relación a la misma, continuando luego por lo planteado por Lacan en cuanto al fenómeno psicosomático pensando desde aquí en sus implicancias posibles con el cáncer de mama.

Se concluye con la presentación de un caso clínico publicado buscando una articulación teórico práctica, exponiendo finalmente las conclusiones arribadas con la presente tesina.

## **Abstract**

This work was carried out to study the psychosomatic phenomena and their possible relationship with breast cancer. It was looked into anatomical and medical concepts of the mammary gland in terms of its specific and general anatomy, its development and function; continuing with its particular pathology as breast cancer and all its most relevant implications.

A theoretical approach to the Psychoanalytic theory was carried out, beginning with its father and master, Sigmund Freud, emphasizing its main contributions in relation to the subject and then arriving to one of his main followers, Jacques Lacan, to emphasize the fundamental concepts of his theory.

Looking into the issue of psychosomatic; different relevant perspectives in relation to it were introduced, continuing through the points Lacan made as regards the psychosomatic phenomena related to its possible implications on breast cancer.

We conclude with the presentation of a published clinical problem to look for a theoretical and practical relation, finally to present the conclusions arrived at with the present dissertation.

## Índice

<b>Título</b> .....	Pág.2
<b>Hoja de Evaluación</b> .....	Pág.3
<b>Agradecimientos</b> .....	Pág.4
<b>Resumen</b> .....	Pág.5
<b>Abstract</b> .....	Pág.6
<b>Objetivos</b> .....	Pág.11
<b>Procedimientos</b> .....	Pág.12
<b>Introducción</b> .....	Pág.13

### **CAP. I. Órgano Mamario**

I. 1. Órgano Mamario .....	Pág.17
I. 2. Desarrollo Mamario .....	Pág.19
1.2.1. Mama de la recién nacida .....	Pág.19
1.2.2. Mama de la infancia .....	Pág.20
1.2.3. Mama de la pubertad .....	Pág.20
1.2.4. Mama de la madurez sexual .....	Pág.22
1.2.5. Cambios durante el embarazo .....	Pág.23
1.2.6. Cambios durante la lactancia .....	Pág.24
1.2.7. Cambios durante la menopausia .....	Pág.24
I. 3. Características Macroscópicas .....	Pág.25
1.3.1. Drenaje linfático .....	Pág.27
I. 4. Funciones de la mama .....	Pág.27
1.4.1 Lactancia .....	Pág.27
1.4.2. Función sexual .....	Pág.29

## **CAP.II. Cáncer de mama.**

II. 1. Cáncer de mama.....	Pág.31
II. 2. ¿De dónde deriva? Definición de cáncer.....	Pág.31
II. 3. Tumores mamarios.....	Pág.33
II. 4. Síntomas del cáncer de mama.....	Pág.34
II.5. Tipos de cáncer de mama.....	Pág.35
II.6. Estadios del cáncer de mama.....	Pág.36
II.7. Factores de riesgo.....	Pág.38
II.8. Prevención.....	Pág.42
II.9. Diagnóstico.....	Pág.44
II. 9.1. Autoexploración.....	Pág.45
II.9.2. Exploración médica.....	Pág.46
II.10. Tratamiento.....	Pág.50
II.11. Seguimiento.....	Pág.53
II.12. Cáncer de mama en Mendoza.....	Pág.54

## **CAP.III. Aportes de Sigmund Freud.**

III. 1. Algunos de los aportes de Sigmund Freud.....	Pág.58
III. 2. Ataque histérico.....	Pág.67
III.2.1. Procesos psíquicos y formación de síntomas en la histeria.....	Pág.69
III. 3. Angustia y síntoma.....	Pág.76
III. 4. Tratamiento.....	Pág.82
III. 5. Cultura y síntoma.....	Pág.84

## **CAP.IV. Cuerpo y Sexualidad Femenina**

IV. 1. Cuerpo.....	Pág.89
IV. 2. Sexualidad.....	Pág.90
IV.2.1 Desarrollo Sexual.....	Pág.91
IV. 3. Camino pulsional.....	Pág.96
IV. 4. Autoerotismo.....	Pág.101
IV. 5. Narcisismo, yo y cuerpo.....	Pág.103
IV. 6. Indagando acerca de la sexualidad femenina.....	Pág.107
IV.6.1. Cultura y feminidad.....	Pág.107
IV.6.2. Sexualidad y sociedad.....	Pág.110
IV.6.3. Mitos culturales.....	Pág.111
IV.6.4. Sexualidad femenina y feminidad.....	Pág.113
IV.6.4.1. Enigma de la feminidad.....	Pág.116
IV.6.4.2. Fase preedípica.....	Pág.121
IV.6.4.3. Complejo de castración.....	Pág.122
IV.6.4.4. Complejo de Edipo y complejo de castración.....	Pág.127
IV.6.4.5. Último recorrido en el desarrollo sexual.....	Pág.128

## **CAP.V. Fenómeno psicossomático. Contribuciones de J. Lacan**

V. 1. Haciendo historia del concepto psicossomática.....	Pág.134
V. 2. Mirada desde el Psicoanálisis.....	Pág.140
V. 3. Dos conceptos claves: mente y cuerpo.....	Pág.141
V. 4. Acerca del término psicossomático.....	Pág.145
V. 5. La concepción de cuerpo desde el Psicoanálisis.....	Pág.149
V. 5. 1. Construcción de cuerpo en el campo imaginario.....	Pág.149
V. 5. 2. Cuerpo simbólico.....	Pág.156
V. 5. 3. Real y cuerpo real.....	Pág.161
V.6. Organismo, cuerpo y fenómenos psicossomáticos.....	Pág.163
V. 7. Constitución subjetiva y fenómeno psicossomático.....	Pág.168
V. 7. 1. Desde Freud.....	Pág.168

V. 7. 2. Desde J. Lacan.....	Pág.169
V.7.2.1. Operación de alienación y separación.....	Pág.171
V. 8. Holofrase y forclusión del nombre del padre.....	Pág.177
V. 9. Considerando la función de goce.....	Pág.180
V.9.1. Cuerpo y goce.....	Pág.180
V.9.2. Goce y pulsión.....	Pág.183
V.9.3. Deseo, objeto “a” y goce.....	Pág.187
V.10. Síntoma y dolencias psicossomática.....	Pág.190
V.11. Respuesta psicossomática.....	Pág.193

## **CAP. VI. Análisis teórico-clínico de un caso publicado**

VI. 1. Presentación del caso “A, J”.....	Pág.197
VI. 2. Observaciones médicas.....	Pág.215
VI.3. Una posible mirada psicoanalítica del caso “A. J”.....	Pág.218
<b>Conclusiones</b> .....	Pág.231
<b>Bibliografía</b> .....	Pág.237

## **Objetivos**

- Realizar una aproximación a conceptos médicos básicos acerca del cáncer de mama.
- Llevar a cabo un recorrido sobre conceptos psicossomáticos, teniendo en cuenta distintas perspectivas y referentes, ahondando en Freud y Lacan como principales pensadores en este trabajo de investigación.
- Determinar posible relación existente entre fenómeno psicossomático y el cáncer de mama.
- Reflexionar acerca de a posibles intervenciones desde el psicoanálisis en pacientes con cáncer de mama.
- Aplicar los conceptos trabajados en un caso clínico publicado.

## **Procedimiento**

Buscando una comprensión del tema planteado se llevó a cabo una exploración bibliográfica médica haciendo hincapié en conceptos tales como mama, cáncer, cáncer de mama, tipos, estadios, métodos preventivos, tratamiento.

Se realizó un rastreo bibliográfico por la obra de Sigmund Freud, puntualizando en conceptos tales como pulsión, síntoma, síntoma conversivo, narcisismo, autoerotismo, sexualidad, sexualidad femenina.

Se tomó como eje de la tesina la orientación psicoanalítica propuesta por Jaques Lacan especificando conceptos como cuerpo y su descripción del mismo según los registros imaginario, simbólico y real. También se trabajaron nociones como holofrase, organismo, deseo, estadio del espejo. Los fenómenos psicosomáticos son tenidos en cuenta desde lo propuesto por la escuela francesa.

Se analizó luego un caso publicado con recortes de entrevista llevado a cabo en el año 2009 de una paciente que padeció cáncer de mama.

Finalmente se realizó una articulación para trabajar el material teórico y práctico acerca de la relación que puede existir entre el cáncer de mama y los fenómenos psicosomáticos.

## **Introducción**

*“El cáncer de mama ocupa el primer lugar en las estadísticas de muerte por carcinoma en mujeres de nuestra provincia y país”*<sup>1</sup>. Es decir, su mortalidad e impacto en la calidad de vida son alarmantes, siendo esto lo que sirve de impulso para investigar acerca de ésta temática y las posibles implicancias psicológicas intervinientes en tal padecimiento.

En la búsqueda en la etiología de dicho carcinoma es que arribamos a una multiplicidad de elementos intervinientes en su desencadenamiento, pero no existe a ciencia cierta su causalidad, más bien se trata de factores de riesgo a tener en cuenta para actuar de modo preventivo evitando así su aparición.

En varias investigaciones leídas encontramos en forma recurrente la palabra psicósomática, es decir, se consideraría, en algunas circunstancias, al cáncer de mama como una enfermedad de tipo psicósomática. Es desde entonces que comenzamos a indagar acerca del fenómeno psicósomático.

Haciendo un breve recorrido hallamos con que es un término antiguo, usado desde comienzos de siglo, que ha ido estableciendo vínculos con la medicina llegando a hablarse de la “medicina psicósomática”, dando respuestas donde la antigua medicina no podía otorgarlas, es decir, tapar un vacío que denota las limitaciones del saber científico-médico.

---

<sup>1</sup> Revista todo Osep. N° 75. “Cáncer de mama, detección precoz en el camino” Jorge Ventura. Año (2009). Pág. 10.

Nos encontramos con que el Psicoanálisis postula que existe la posibilidad de que distintas afecciones y padecimientos del organismo estén vinculadas con la esfera anímica. Poniendo en juego la particularidad del sujeto en su padecer, situación no tomada en cuenta por la medicina en muchas ocasiones.

Dentro de los principales exponentes de este movimiento nos encontramos con Sigmund Freud quien realizó estudios fundantes para las investigaciones de los fenómenos psicosomáticos, tales como síntomas conversivos, pulsión, entre otros.

Siguiendo esta teoría se encuentra a Jacques Lacan quien introduce términos tales como holofrase, cuerpo imaginario, simbólico y real, el inconsciente estructurado como un lenguaje, siendo el ser humano atravesado por el lenguaje, siendo el inconsciente una estructura de significantes; toda comunicación humana está inscrita en una estructura lingüística y la meta de la cura es articular la verdad del propio deseo en palabras, y la regla fundamental del psicoanálisis insiste en que la palabra es el único camino para esta verdad, considerando incluso que la palabra es la principal herramienta con la que cuenta un analista de allí la importancia en comprender de qué modo opera la palabra y el lenguaje.

Es a partir del Psicoanálisis que se buscará abordar la posible articulación con los fenómenos psicosomáticos y el cáncer de mama. Siendo entonces relevante llevar a cabo un recorrido por los distintos conceptos que van desarrollando tanto Freud como Lacan a lo largo de sus obras, presentando así las bases teóricas.

En el paciente psicosomático no se trata de síntoma conversivo sino de una lesión que afecta el cuerpo como real. Se trata de un fenómeno, una manifestación transestructural, por lo tanto puede presentarse en neurosis, psicosis o perversión.

Por un lado los síntomas serían un llamado al Otro y en los fenómenos psicosomáticos lo que sucede es que hay un esquivamiento al Otro, por lo que no puede ser leído como un llamado.

Resumiendo, el punto a investigar se refiere a cómo el paciente que padece la enfermedad culturalmente más asociada con la muerte como es el cáncer de mama, puede habérselas con el goce que lo mortifica. Sabiendo que el goce queda fijado a una parte del cuerpo, en este caso la mama. Siendo de gran importancia indagar cómo a partir de éste goce podría llegar a preguntarse por su deseo.

# **CAPÍTULO I:**

## **“ÓRGANO MAMARIO”**

## **I.1. Órgano Mamario.**

Nos parece relevante poder comenzar por hacer una descripción del órgano en el cual se producen las modificaciones celulares hasta llegar a un cáncer de mama.

Sabemos que el termino médico usado para describir el seno es “glándula mamaria”, el cual nace del termino “mamma” que en Latín significa seno.

Las mamas son órganos específicos de los mamíferos, están destinadas a la lactancia de las crías, y en la especie humana diferencian el torso del varón del de la hembra, o sea, constituyen un carácter sexual, por ello cumplen no sólo la función nutritiva sino que desempeñan un importantísimo papel en la silueta femenina, en la sexualidad y en el erotismo; ésta es una constante en la historia de la humanidad.

En la historia del arte la mama ha ocupado un lugar de verdadero privilegio. En todos se han representado las mamas, desde las antiguas civilizaciones (Egipto, India, Grecia, Roma) hasta en la era cristiana, aunque en esta época con auténticos subterfugios como podrían ser las representaciones de Adán y Eva o de la Virgen amamantando al Niño.

Las representaciones de las mamas no han tenido tregua. Son conocidas las magníficas obras de los grandes de la pintura renacentista, Miguel Ángel, Rafael, entre otros.

Será imposible y poco práctico realizar una lista de recopilación de las esculturas, pinturas, dibujos, en las que las mamas han hecho su aparición y

mucho menos desde que el cine, la televisión, las revistas han encontrado el provecho de ello. La publicidad, la moda y la exhibición de bustos de mujeres más o menos dotadas es extraordinaria.

Las mamas por su función y por su papel estético, sexual y erótico, precisan de unos cuidados estéticos, físicos, médicos y en ocasiones quirúrgicos; entrando también en juego un papel fundamental que es el psíquico.

Son órganos que se encuentran en ambos sexos, pero sólo en las mujeres por influencia de las hormonas segregadas a partir de la pubertad se desarrollan las glándulas mamarias y los pezones. Es el único órgano que no está totalmente desarrollado en el momento del nacimiento.

Las glándulas mamarias comienzan a desarrollarse a la sexta semana del embrión, continuando su proliferación hasta que los ductos lactíferos se desarrollan, ya para el momento del nacimiento.

*“Situadas en la parte anterior del tórax, desde la tercera a la séptima costilla y de la línea paraesternal hasta la línea axilar anterior; generalmente no son de igual tamaño, predomina el de la mama izquierda. En la parte céntrica de la superficie mamaria se halla el pezón, rodeado por la areola, que se proyecta a nivel de la cuarta costilla.”<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Francisco E. Gago y Cols. “Ginecología en la atención primaria”. Editorial Ascune. Buenos Aires. (2008). Pág. 19.

## **I.2. Desarrollo mamario.**

Para referirnos al desarrollo mamario nos remitiremos a las consideraciones expuestas por Fernandez-Cid (1989). Comenzaremos dividiendo el desarrollo mamario en cuatro etapas:

1. Mama de la recién nacida.
2. Mama de la infancia.
3. Mama de la pubertad y adolescencia.
4. Mama de la madurez sexual. La mujer adulta

### **I.2.1. Mama de la recién nacida**

*“En el neonato el aspecto clínico de la mama es igual en la mujer que en el varón. La mama es una mínima elevación con una leve insinuación del pezón, en estos primeros momentos puede ser ligeramente prominente por el influjo de hormonas maternas recibidas durante el embarazo, pero que desaparecerá pocos días después y que dará paso al período mamario inactivo”.*<sup>3</sup>

Por la acción hormonal que proviene de la madre durante la gestación suele producirse una secreción de tipo lácteo, denominada “leche de bruja”, se trata de una secreción temporal de los pezones de un recién nacido como respuesta a la elevación de estrógenos maternos y tiende a desaparecer dentro de

---

<sup>3</sup> A. Fernández-Cid y cols. “Mastología”. Editorial Masson. Barcelona. (2000). Pág. 20.

las dos primeras semanas de vida tan pronto como los niveles de hormonas provenientes de la madre comienzan a descender. Se trata de un suceso normal y fisiológico. Hay que tener en cuenta que en la mama del recién nacido existe un leve grado de función secretora.

### **I.2.2. Mama de la infancia**

Desde la tercer semana del nacimiento hasta los ocho/ nueve años de edad, la mama está en un período inactivo. Es sólo una pequeña prominencia. Sin cambios de color en la areola y pezón.

Los primeros signos de desarrollo mamario aparecen hacia los ocho nueve años y se ponen de manifiesto en el pezón, que se agranda y se pone prominente.

### **I.2.3. Mama de la pubertad**

*“La mama se eleva en su totalidad por aumento del tejido celular subcutáneo, las areolas se agrandan y comienzan a pigmentarse suavemente.*

*En este momento se comienza a palpar el brote glandular del desarrollo, suele aparecer primero en una mama y luego en la otra. El inicio del desarrollo mamario se denomina telarquia”.*<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ibid. Pág. 23.

Luego de la aparición del brote mamario la mama suele experimentar cambios importantes. *“Proliferan las glándulas y el órgano en sí. La areola es lisa y rosada, se destaca de la piel que recubre el resto de la superficie mamaria. Aparecen las glándulas Montgomery las cuales son glándulas sebáceas con aperturas miniatura hacia la piel de la areola. Las glándulas de Montgomery se agrandan y toman una apariencia de espinillas durante el embarazo y la lactancia”*.<sup>5</sup> Estas segregan una sustancia que lubrica y protege los pezones y la areola durante la lactancia. Luego de la lactancia, estas glándulas regresan a su tamaño anterior. Pueden aparecer pelos en la periferia de la areola, lo cual es un suceso normal.

Durante estos estadios finales del desarrollo mamario tiene lugar la menarquía o aparición de la primer menstruación. Con la aparición de los ciclos menstruales vuelve a producirse un nuevo impulso en el crecimiento general del órgano que pronto alcanza las características de la mama madura. Continúa la pigmentación y crecimiento de areolas y pezones. La grasa estructural aumenta y se organiza, proporcionando a las mamas un almohadillado importante.

*“El tiempo que transcurre desde el inicio del desarrollo mamario hasta la menstruación es de alrededor dos años. El tiempo total del desarrollo mamario sería de cinco a nueve años”*.<sup>6</sup>

*“La piel del pezón y de la areola tiene una serie de largas y gruesas papilas dérmicas (receptores conectivos que se encuentran en la capa más superficial de la piel) muy vascularizadas, que se pigmenta con la aparición de la pubertad”*<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Ibid. Pág. 24.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid. Pág. 26.

#### **I.2.4. Mama de la madurez sexual**

El pezón se hace prominente y con capacidad eréctil. La mama aumenta su tamaño y se vuelve más esférica. Completan su desarrollo las glándulas accesorias de la areola (sebáceas, sudoríparas y pilosas). Ya estamos ante la mama adulta.

*“En la mama se producen cambios clínicos a lo largo del ciclo, especialmente en la fase posovulatoria se hacen más tensas, adquieren mayor volumen y se ve incrementada su sensibilidad. Ello está en íntima relación con los cambios hormonales del ciclo menstrual”.*<sup>8</sup>

Hay que recordar que la mama de la mujer joven tiene zonas más duras que otras por acumulación de tejido. También es característico la asimetría entre ellas, echo totalmente fisiológico.

En el pezón desembocan quince – veinte conductos galactóforos (es uno de los numerosos conductos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón) estos conductos están rodeados por haces del músculo liso (músculo involuntario que posee capas o haces) que permiten su erección. Posee una fuerte inervación sensitiva.

La proliferación del tejido adiposo proporciona la forma de la mama adulta. En la mama adulta se expanden la piel, los pezones, la areola y su pigmentación.

---

<sup>8</sup> Ibid.

### **I.2.5. Cambios durante el embarazo**

Durante el embarazo el aumento en los niveles de estrógenos y progesterona estimula el desarrollo glandular. Las mamas tienden a hacerse esféricas debido al aumento del tejido adiposo.

En este periodo las mamas se vuelven turgentes y aumentan de tamaño. La pigmentación de la piel de la areola y del pezón aumenta muy notablemente y aparecen unas pequeñas elevaciones granulares en los bordes de las areolas conocidas como tubérculos de Morgagni, correspondientes al desarrollo de glándulas sebáceas. Lo cual se desarrollará más adelante.

La circulación de la mama aumenta y se hacen prominentes las venas superficiales, sobre todo en las mujeres de raza caucásica (raza blanca), efecto que se puede incrementar durante la lactancia.

La estimulación hormonal produce incremento del número y del volumen de los alvéolos lobulillares (pequeños sacos productores de leche durante la lactancia).

La mama aparece más llena y más firme. *“A las pocas horas del parto bajan los niveles de estrógenos y progesterona, queda anulado el factor inhibidor de la prolactina por lo que asciende la misma, inducida en parte por la succión del recién nacido, que alcanzará su máximo en la primer semana de lactancia”.*<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Ibid. Pág. 61.

### **I.2.6. Cambios durante la lactancia**

La lactancia tiende a mantener los cambios ocurridos durante el embarazo. *“Al inicio de la misma y durante las primeras horas, los repetidos intentos de succión por parte del neonato acaban por provocar la salida de una secreción espesa y amarillenta, rica en colesterol, llamada calostro”*.<sup>10</sup>

Profundizaremos luego acerca de éste tema cuando abordemos la función de lactancia.

### **I.2.7. Cambios durante la menopausia**

Al inicio de la menopausia se observan cambios involutivos en la glándula mamaria. Ya que los conductos se dilatan y pueden aparecer quistes no patológicos dentro de lo normal. Se observa falta de elasticidad y firmeza, con aumento del tejido adiposo. Desaparece poco a poco la glándula como tal, en cuanto a conductos y alveolos. Se vuelve con el paso del tiempo en mamas de menor tamaño. Esto no surge en forma sincrónica, sino que se da dentro del proceso menopáusico siguiendo las distintas etapas del mismo.

El estudio de la mama normal ofrece distintos aspectos según el estado y la fisiología por los que pasa la mujer en los distintos momentos de su vida. Pero consideramos relevante hacer referencia a la morfología macroscópica para poder dejar más en claro las variaciones fisiológicas de éste órgano según el desarrollo

---

<sup>10</sup> Ibid. Pág.62.

evolutivo y patológico de la misma.

### **I.3. Características macroscópicas.**

Para poder comprender luego las alteraciones mamarias creemos necesario comprender la morfología macroscópica mamaria lo cual intentaremos desarrollar a continuación. Estos aspectos a tener en cuenta son: número, forma, situación, tamaño y peso; también se tendrán en cuenta elementos característicos como lo son pezón areola, aspecto de la epidermis y cambios fisiológicos en las distintas etapas de la vida de la mujer.

El número de mamas de la especie humana es de dos; son simétricas y tienen forma hemisférica. *“En la mujer adulta, ambas mamas se encuentran situadas en el espacio que va desde la 3.<sup>a</sup> hasta la 7.<sup>a</sup> costilla, y desde el esternón hasta la línea axilar anterior, descansando directamente con su cara plana sobre el músculo pectoral mayor; por tanto, a ambos lados del esternón y en la parte del tórax, a la altura de los brazos”.*<sup>11</sup>

En posición más o menos central, se encuentra un riguroso y oscuro pezón, que esta *“perforado en su vértice por 15-20 orificios, que son de hecho el final de los conductos galactóforos. El pezón mide 10-12 mm de largo por 9-10 mm de ancho, y carece de glándulas sudoríparas y pelos. Están rodeados por un área circular o discoide, oscura, la areola, que muestra 15-20 pequeñas elevaciones de 1-2 mm denominadas tubérculo de Morgagni, que no son más que glándulas sebáceas, casi todas con un pelo central. Estos elementos se hipertrofian durante la gestación, alcanzando incluso 5 mm de diámetro. Allí reciben el nombre de*

---

<sup>11</sup> Ibid. Pág. 31.

*tubérculos de Montgomery. En esta circunstancia toda la areola se oscurece tornándose casi negra y alcanzando un tamaño de casi 5 cm de diámetro”.*<sup>12</sup>

*“En cuanto al peso de la mama se considera que es de aproximadamente 30-60 g en la recién nacida. Con el inicio del desarrollo de la mama (telarquia) estos pesos se incrementan en el período puberal y pospuberal, y alcanzan su máximo en la gestación. En la pubertad pesan aproximadamente 150-200 g, alcanzan de 300-500 g en la gestante e incluso hasta 900 g. las medidas varían sustancialmente en los distintos momentos de la vida, el volumen debe ser sensiblemente igual en ambas mamas”*<sup>13</sup>.

*“En al recién nacida es normal un tamaño de 8-10 mm de diámetro. En la menarquía miden 10-12 cm de altura, 12-13 cm de ancho y 5-6 cm de espesor, pero estas medidas se verán ampliadas con ulteriores gestaciones. Contrariamente en la menopausia, la glándula mamaria se atrofia de forma lenta, pero irreversible, hasta llegar a la situación de mama senil. Es posible que frente a esta regresión de la glándula, el tejido adiposo que la rodea aumente, dando lugar, en conjunto a una mama hipertrófica”.*<sup>14</sup>

La mama está en íntima relación con el músculo pectoral. La axila está rodeada por todos los músculos de la zona alta del tórax y del hombro.

La mama posee una inervación importante tanto motora como sensitiva especialmente destinada al pezón y a la areola. También interesa la inervación de la axila que está íntimamente ligada a ella.

---

12 Ibid.

13 Ibid.

14 Ibid.

### **I.3.1. Drenaje linfático**

*“Aproximadamente un 75% de la linfa proveniente de las mamas viaja a los ganglios linfáticos de la axila del mismo lado. El resto viaja a los nódulos paraesternales, a la mama del lado opuesto y finalmente hasta los ganglios linfáticos abdominales. Los nódulos axilares incluyen el grupo inferior o pectoral, que drena la parte profunda y transmuscular, el grupo interno o subescapular que drena la parte interna de la glándula mamaria y el grupo externo o humeral que drena el borde externo de la mama. El drenaje linfático de las mamas drena en los ganglios linfáticos de la axila”.*<sup>15</sup>

Este drenaje tiene particular importancia en la oncología, debido a que las mamas son un lugar frecuente de desarrollo de cáncer, si células malignas se desprenden del tejido mamario, podrían dispersarse a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático produciendo metástasis. *“El hecho de que los vasos linfáticos recorran el tejido transmuscular del pectoral mayor es justificativo para la extirpación del mismo en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama —la llamada mastectomía radical de Halsted”.*<sup>16</sup>

### **I.4. Funciones de la mama**

---

<sup>15</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Mama>

<sup>16</sup> Ibid.

### **I.4.1. Lactancia**

Comienza a producirse leche en las mamas desde antes del parto, sin embargo, *“la salida de líquido solo se produce en ese momento por actividad hormonal disminuida en cuanto a las concentraciones de progesterona y la producción de prolactina y oxitocina; en este momento es cuando la mama segrega calostro, un líquido espeso con suaves propiedades laxantes (tiene un contenido elevado de cloro, sodio, potasio y proteínas) que facilita la evacuación del meconio, primeras heces (materia fecal) del recién nacido”*.<sup>17</sup>

El calostro es segregado durante tres días, una leche intermedia durante los quince siguientes para dar paso a la leche madura posteriormente.

*“En la leche se encuentran numerosos nutrientes, así como proteínas, vitaminas, y minerales esenciales además de encontrarse una potente cantidad de inmunoglobulinas tipo IgA que actúan como anticuerpos proporcionando al neonato una importante protección ante potenciales infecciones”*.<sup>18</sup> Esta es una de las razones por las que se recomienda la lactancia materna durante, al menos, el primer año de vida. Incluso la Organización Mundial de la Salud sugiere amamantar seis meses con lactancia exclusiva (solo leche materna) y continuar lactando por lo menos hasta los dos años complementando con sólidos la alimentación del neonato.

---

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Mama>

A través de esta actividad compartida el bebé se contacta con su madre en el acto de mamar y ello permitirá un vínculo indispensable para la existencia física y constitución psíquica del lactante.

#### **I.4.2. Función sexual**

En su desarrollo se considera uno de los caracteres sexuales secundarios. Las mamas cumplen un papel fisiológico y cultural en la función sexual femenina. Como zona erógena, es importante su participación en las relaciones sexuales. Existen numerosas prácticas sexuales centradas en las mamas tales como masturbación con los pechos por ejemplo.

En nuestra sociedad las mamas desempeñan un atractivo sexual relevante en cuanto a tamaño, forma; algunos se sienten atraídos por los senos de gran tamaño, otros las prefieren de un tamaño menor aunque erguidas y firmes.

La función sexual femenina de la mama, después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, no tiende a disminuir o diferir, en especial en mujeres sometidas a cirugías de reconstrucción estética (mamoplastia). Sin embargo, en las mujeres que hayan tenido una mastectomía total se ha notado una disminución en el interés sexual.

# **CAPÍTULO II**

## **“PATOLOGÍA MAMARIA: CÁNCER DE MAMA”**

## **II.1. “Cáncer de mama”**

*“El cáncer de mama se ha convertido en una preocupación mundial, una de cada diez mujeres desarrollará alguna variedad (especialmente las mayores de 50 años) y una de cada cinco será sometida a biopsia. Este tipo de cáncer ocupa el primer lugar en las estadísticas de muerte por carcinoma en mujeres de nuestra provincia y país”.*<sup>19</sup> Es decir, su mortalidad e impacto en la calidad de vida son alarmantes.

Supone el 18.2% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa en mujeres entre 40 y 55 años. Es el más frecuente en las mujeres y se considera que irá en aumento en las naciones industrializadas en el mundo; convirtiéndose en un problema común y temido por ellas.

Estas afirmaciones fueron las que llamaron mi atención y me llevaron a pensar en el por qué sucedía esto en nuestra población femenina y qué relevancia psíquica podría existir en el desarrollo imperante y llamativo de esta enfermedad.

## **II.2. ¿De dónde deriva?. Definición de cáncer**

Es importante tener en cuenta que la palabra cáncer proviene del griego carcinoma, que significa 'cangrejo'. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a

---

<sup>19</sup> Revista todo Osep. N° 75. “Cáncer de mama, detección precoz en el camino” Jorge Ventura. Año (2009). Pág. 08.

todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. (Enciclopedia Wikipedia, 2008).

*“El cáncer es un conjunto de trastornos que comparten las características comunes de un crecimiento celular incontrolado. Ello produce una masa de células denominadas neoplasia (del griego: nueva formación) o tumor. La formación de los tumores se denomina tumorogénesis. Los tumores malignos invaden los tejidos circundantes y suelen metastatizar (extenderse) a zonas del organismo mas alejadas”*.<sup>20</sup>

La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia).

El cáncer es causado por anormalidades en el material genético de las células. Estas anormalidades pueden ser por efectos carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, etc), de productos químicos (procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, etc) o de agentes infecciosos. Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, un motivo por el que algunos individuos desarrollan cáncer después de la exposición a carcinógenos y otros no.

El cáncer es generalmente clasificado según el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan. Un diagnóstico definitivo requiere un examen

---

<sup>20</sup> J. Lynn; J. Carey. “Genética Médica”. España. Editorial Harcourt. (2000). Pág. 255.

histológico (del tejido orgánico), aunque las primeras indicaciones de cáncer pueden ser dadas a partir de síntomas o radiografías. Muchos cánceres pueden ser tratados y algunos curados, dependiendo del tipo, la localización y la etapa o estado en el que se encuentre. Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia.

### **II.3. Tumores mamarios**

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas.

El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. La fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes, pueden resultar dolorosos. La eliminación del líquido con una punción suele hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos.

Los tumores benignos están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

De todos los casos de cáncer de mama, sólo el 7-10% de ellos presenta metástasis de inicio.

#### **II.4. Síntomas del cáncer de mama**

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas.

El primer signo suele ser un **bulto** con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. Aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza.

El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño.

### **Otros signos**

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.

### **II.5 Tipos de cáncer de mama**

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

- a) El carcinoma ductal in situ: se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, no se extiende a otras zonas ni produce metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'premaligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.
- b) El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.
- c) El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se

realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

- d) El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.
- e) El carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

## **II.6. Estadios del cáncer de mama.**

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM:

\* La letra T, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.

\* La letra N, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

\* La letra M, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

**ESTADIO I:** indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

**ESTADIO II:** abarca las siguientes situaciones:

- No mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- Mide entre 2 y 5 cm y puede o no haberse extendido.
- Mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El índice de supervivencia a 5 años es del 88-76%.

**ESTADIO III:** se divide en estadio IIIA y IIIB:

El estadio III A puede integrar a las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 56%.

El estadio III B puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 46%.

**ESTADIO IV:** se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%.

## **II.7. Factores de riesgo**

Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad.

*“Hay una serie de factores de riesgo asociados al cáncer de mama: antecedentes familiares de la enfermedad; índice de masa corporal elevado; antecedente personal de mastopatía benigna; factores reproductivos tales como la edad avanzada en la edad del parto, nuliparidad (no hubo partos), edad temprana de la menarquía y edad tardía de la menopausia, uso de anticonceptivos orales a edad temprana, estrógenos sin el uso de progesterona para el alivio de síntomas menopáusicos y exposición a radiación ionizante.*

(Estève 1993) ”<sup>21</sup>. Sin embargo se destacan tres factores principales: edad, cáncer en una mama y antecedente familiar de cáncer de mama en un familiar de primer grado.

- **Edad**

Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

- **Edad de la menarquía**

*“Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la edad de la menarquía es un factor de riesgo y que una menarquía precoz confiere mayor riesgo según estudios que han comparado pacientes de siete países diferentes encontraron que las que vivían en países considerados de algo riesgo (EEUU) presentaban una edad de la menarquía más temprana que las que vivían en países de riesgo moderado (Brasil, Grecia) o bajo como Taiwán, Japón”* <sup>22</sup>.

- **Edad al primer parto**

*“La edad de la madre en el primer embarazo a término reduce el riesgo de cáncer de mama subsiguiente y cuanto más joven sea la mujer en el primer parto, menor el riesgo. Las mujeres que tuvieron el primer parto luego de los 20 años de edad presentaban un 40 al 50 % más de riesgo que las que tuvieron el primer parto antes de esa edad según estudios recientes”*.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> A. Fernández – Cid y cols. (2000). Mastología 2ª Edición. España. Editorial Masson. Pág 417.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid. Pág 418.

- **Intervalo entre menarquía y primer embarazo**

La disminución entre el tiempo transcurrido entre ambos hechos se asocia linealmente con una disminución de riesgo y se piensa que una edad tardía en la menarquía y una edad temprana al primer embarazo a término reduciría el riesgo de cáncer. También se ha señalado que períodos menstruales cortos podrían aumentar el riesgo.

- **Paridad**

Se sabe que las nulíparas presentan mayor riesgo de cáncer de mama, sobre todo para los casos de cáncer diagnosticados después de los 40 años de edad. Tomasson (1996) encontró que el hecho de tener muchos hijos era un factor protector.

- **Menopausia**

El 75 % de casos de cáncer de mama se produce en las mujeres posmenopáusicas. La menopausia tardía confiere mayor riesgo, sobre todo por encima de los 55 años de edad.

- **Antecedentes familiares**

*“Sabemos que las mujeres con familiares de primer grado tienen un riesgo 2 a 3 veces superior al de la población general. Tener una madre con cáncer de mama aumentaba el riesgo de 2, 3 veces, mientras que tener una hermana con esta enfermedad lo aumentaba en 1, 8 veces. Las mujeres que tiene tanto a su madre como a su hermana con la enfermedad-especialmente antes de la menopausia-presentan un riesgo mayor que si sólo tienen una familiar de primer grado afectada. Del mismo modo, el riesgo es*

*mayor con familiares de primer grado que con familiares de segundo grado.”<sup>24</sup>*

- **Antecedentes personales**

Una mujer con cáncer en una mama tiene de tres a cinco veces más riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama, sobre todo mujeres relativamente jóvenes con antecedentes familiares de cáncer de mama. Las mujeres afectadas de cáncer de mama también presentan mayor riesgo de desarrollar cánceres de endometrio y ovario. Del mismo modo mujeres afectadas de estos tipos de cáncer también presentan mayor riesgo de cáncer de mama.

- **Peso y talla**

La mayoría de estudios han demostrado que el sobrepeso corporal aumenta el riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas.

- **Factores ambientales**

La irradiación mamaria con dosis moderadas o altas antes de los 40 años de edad aumenta el riesgo de cáncer de mama de manera paralela a la dosis.

- **Genes**

Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que

---

<sup>24</sup> Ibid. Pág 419.

entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar **el cáncer antes de los 70 años**.

- **Antecedentes familiares**

Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

- **Períodos menstruales**

El riesgo de padecerlo es mayor cuando :

Menstruación precoz (antes de los 12 años).

Menopausia tardía (después de los 55 años).

Primiparidad tardía (después de los 30 años).

- **Alcohol**

El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama.

## **II.8. Prevención**

Hay que tener en cuenta que los factores de riesgo, ya sea de manera aislada o combinada, sólo explican el 20-30% del riesgo de cáncer de mama. Esto implica que el 70-80% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ninguno de

los factores de riesgo conocidos, por lo cual debe asumirse que todas las mujeres presentan un riesgo pasados los 35 años de edad.

Por otro lado, la mayoría de los factores de riesgo conocidos confieren aumentos relativamente modestos del riesgo, y son muy pocos los que pueden ser modificados mediante cambios ambientales o conductuales.

“Nuestros esfuerzos deberían orientarse hacia la prevención secundaria a través del chequeo mamario por el personal sanitario o de la propia paciente y del clivaje mamográfico, ya que algunos estudios apuntan que la mamografía podría reducir la mortalidad del cáncer de mama un 17-33%”<sup>25</sup>.

Sabemos que una mujer al nacer tiene una probabilidad de 1:8 de padecer cáncer de mama, que, como ya dijimos, es el cáncer más frecuente en mujeres y el que mayor mortalidad produce. Estos datos son más que suficientes para concienciar a la sociedad de la necesidad de ofrecer programas de detección que lleguen a todas las mujeres.

Forma parte de la función del médico y del resto de los profesionales del equipo dar información a la mujer sana sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de una patología mamaria. Es importante que el profesional se gane la confianza de la paciente para que ésta pueda consultarle cualquier signo o síntoma preocupante o que genere sospecha de malignidad, pero también para que ella siga los consejos sanos que el médico proporcione en cada consulta.

---

<sup>25</sup> Ibid. Pág. 421.

## **II.9. Diagnóstico**

Resaltamos nuevamente que la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento.

Dispondremos para el diagnóstico de los diferentes recursos:

1. Historia clínica detallada: la cual deberá contar con datos relevantes como:
  - Fecha del primer síntoma.
  - Evolución de la sintomatología.
  - Signos y síntomas locales si los hubiera: tumor, retracción del pezón, dolor mamario, masa axilar, edema de brazo.
  - Historia de enfermedades previas en al mama: biopsias anteriores, mastitis.
  - Historia ginecológica de la paciente: menarquía, menopausia, tipo menstrual, última regla, número y fecha de embarazos y abortos, lactancias, uso de anticonceptivos.
  - Historia familiar: antecedentes de familiares directos con cáncer ginecológico.
  - Factores de riesgo.
2. Exploración de la mama: se la puede dividir en dos partes, la realizada por la propia mujer (autoexploración), y la exploración realizada por el médico.

## II.9.1 Autoexploración

La **autoexploración** sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera.

La autoexploración debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopáusicas deberán asociarla a un día del mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares.

La manera más adecuada, para observar los cambios en las mamas, es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Tendrá que observar la simetría de las mamas, el aspecto de la piel, el perfil, etc.

Una vez hecho lo anterior, tiene que repetir la operación pero con los brazos elevados sobre el cuello. Los senos deberán elevarse de la misma manera y, en esa posición, comprobar que no hay ningún bulto u hoyuelo.

La palpación puede realizarse una vez enjabonada, en la ducha, o tumbada en la cama con una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se vaya a examinar. Conviene repetirla en distintas posturas: tumbada y de pie.

Se debe utilizar la mano contraria a la mama que va a palpase. La presión será la suficiente como para reconocer bien el seno.

Se pueden realizar **varios movimientos** para la exploración:

1. Con la yema de tres dedos hay que ir realizando movimientos circulares desde la parte más externa de la mama hacia el pezón, a modo de espiral.

2. Otro movimiento que se puede realizar con los dedos es en forma de eses, ir recorriendo el seno de un lado al otro.
3. El tercer movimiento es radial, comenzando desde el pezón hacia fuera.

Conviene ser muy cuidadosa en la zona del cuadrante superior externo, pues están cercanos los ganglios axilares, y es ahí donde se detectan el mayor número de tumores.

Hay que comprimir un poco el pezón y comprobar si se produce alguna secreción (hay que avisar al médico si esto es así e intentar identificar el color de la secreción).

Una vez explorada la mama, hay que realizar la exploración de la axila para intentar descubrir la existencia de bultos en esta zona.

El examen se deberá realizar en las dos mamas y axilas.

### **II.9.2. Exploración médica**

Es la que se lleva a cabo a través de distintos equipos de perfeccionamiento, entre ellos se encuentran:

- Mamografía

Las mujeres que no tienen factores de riesgo conocidos recientes deben realizarse una mamografía cada dos años, a partir de los 35-40 años, y anualmente, a partir de los 50 años. Resumiendo debería hacerse una mamografía al año entre los 40 y los 49.

Es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases.

Para confirmar el diagnóstico, en los casos positivos, hay que realizar una biopsia tras la mamografía.

- Ecografía

Se trata de un sistema de clasificación por imágenes. Con ella se pueden diferenciar los tumores formados por líquido (quistes) de las masas sólidas. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

- Tomografía

Tomografía axial computadorizada (TAC): Consiste en una técnica de rayos X, utiliza un haz giratorio, con la que se visualiza distintas áreas del cuerpo desde diferentes ángulos. Sirve para el diagnóstico de las metástasis, no del cáncer de mama propiamente dicho.

Tomografía por emisión de positrones (PET): Consiste en inyectar un radio fármaco combinado con glucosa que será captado por las células cancerosas, de existir un cáncer, pues éstas consumen más glucosa. El radio fármaco hará que se localicen las zonas donde se encuentre el tumor.

- Termografía

Es una técnica que registra las diferencias de temperatura. No se suele utilizar con mucha frecuencia.

De todas las técnicas anteriores, las más empleadas son la mamografía y la ecografía. Si existe alguna duda, que no se solucione con estas dos, se emplea las

otras. Ninguna es mejor que la otra sino que con cada una se ve la zona corporal de una manera diferente.

- Biopsia

Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico. Hay varios tipos de biopsias según la técnica que se emplee:

Biopsia aspirativa con aguja fina (PAAF): consiste en introducir una aguja hasta la zona del tumor, mientras el médico palpa la masa. Si la masa no puede palparse, se puede realizar esta técnica con ayuda de la ecografía para situar la aguja en el sitio exacto donde se encuentre la masa. Después se extraerá el líquido con la aguja.

Si el líquido es claro, lo más probable es que sea un quiste benigno, aunque también puede ser que el líquido sea turbio o con sangre y que el tumor sea benigno. Si la masa es sólida, se extraen pequeños fragmentos del tejido.

El análisis microscópico de esta muestra (tanto del líquido como del tejido) es el que determinará si es benigno o canceroso.

En ocasiones, el resultado puede no ser satisfactorio para el médico, por lo que se solicita otro tipo de biopsia o se realiza un seguimiento de la paciente.

Biopsia quirúrgica: en ocasiones se empleará la cirugía para extirpar parte o la totalidad de la masa en el quirófano para su posterior examen microscópico. Cuando se extirpa una parte del tejido, se denomina biopsia por incisión. Ésta suele realizarse en tumores muy grandes.

La biopsia excisional es aquella en la que se extirpa todo el tumor o área sospechosa, el margen circundante al tumor aunque tenga apariencia normal.

Biopsia radio quirúrgica o biopsia por localización mamográfica: se utiliza cuando la masa no puede palparse y se visualiza a través de la mamografía. La técnica consiste en localizar el tumor a través de varias mamografías e introducir una aguja en la zona exacta donde se encuentra la masa en la mama. Puede dejarse una marca mediante la aguja con carbón activado o bien se deja un fino alambre que servirá posteriormente de guía al cirujano.

Se habla de biopsias en uno o dos tiempos, dependiendo si se realiza el tratamiento quirúrgico en el mismo momento de la biopsia o si se espera el resultado completo del análisis microscópico, y unos días después de la biopsia, se realiza la extirpación tumoral y la resección mamaria.

La ventaja de la biopsia en un tiempo es que sólo se realizará una intervención quirúrgica pero, la desventaja, es que la mujer, en el momento de entrar al quirófano, no sabe si tiene cáncer y si va a salir con una mastectomía, por lo que la tensión nerviosa es muy fuerte.

Con la biopsia en dos tiempos, la paciente tiene más tiempo para asumir su situación, ir más tranquila a realizarse la biopsia y poder consultar a su médico todas las dudas que tenga antes de realizarle la intervención.

Una vez extraído el tejido mediante la biopsia, el patólogo examinará la muestra y determinará el estadio del tumor, así como su capacidad para extenderse con rapidez.

El tiempo de espera para el resultado de la biopsia varía en función de si se realiza en un tiempo o en dos. Si es en un tiempo, el tejido extraído se congela, se lamina y se observa al microscopio. El resultado tardará unos 15-20 minutos. Si se hace en dos tiempos, el resultado tardará de siete a 10 días.

Los cánceres constituidos por células más primitivas (no diferenciadas) o aquellos que presentan un gran número de células dividiéndose suelen ser más

graves. Habrá que realizar también una exploración completa para determinar si cualquier otra parte del cuerpo está afectada. Las pruebas que se harán son:

Radiografías del tórax para descartar una afectación pulmonar; ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal.

Otras pruebas: otra posibilidad para conocer el riesgo de reincidencia del cáncer es la determinación de la proteína BAG1 que, cuando está elevada, indica que esa paciente tiene más probabilidades de supervivencia libre de la enfermedad.

Aunque existen más pruebas para detectar otro tipo de marcadores, semejantes al HER2/neu o al PR y ER, las más frecuentes son las mencionadas anteriormente porque son las más útiles ya que orientan sobre el tipo de tratamiento más adecuado y porque existe un tratamiento para ello.

### Punción de nódulo

La punción, aspiración del contenido del nódulo, con aguja fina es hoy un instrumento valioso en la conducta terapéutica de las masas que aparecen en la mama, logrando en muchos centros especializados, sustituir la biopsia intraoperatoria, siendo un método eficaz, de bajo costo y con muy pocas complicaciones y para la paciente el tener un resultado en un corto tiempo.

## **II.10. Tratamiento**

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Cuando el tumor es menor de 1

centímetro de diámetro, la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia. No obstante, hay pocos casos en los que no se requiera un tratamiento complementario a la cirugía, bien con quimioterapia o con hormonoterapia. El número de ganglios afectados ayuda al oncólogo a seleccionar el tratamiento posterior”<sup>26</sup>.

La intervención quirúrgica, permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas.

Dentro de los distintos tipos de cirugía nos encontramos con **lumpectomía**: en la que se extirpa el tumor junto con un borde de tejido normal; **mastectomía parcial o escisión amplia**: extirpación del tumor junto con cantidad mayor del tejido normal; **cuadrantectomía**: extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizarán en aquellos casos en los que el tumor sea pequeño, alrededor de 15 % de los casos.

La **radioterapia** consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de unos 20-30 días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del

---

tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.

Los efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses.

La **quimioterapia** consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

Un tratamiento completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución.

La quimioterapia neoadyuvante es aquella que se realiza antes de la cirugía y sólo en algunos casos. Su objetivo es reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama.

La quimioterapia adyuvante se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento.

Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que no tienen afectados los ganglios y que el tumor es menor de 1cm., y/o los receptores hormonales son positivos.

Estos medicamentos se administran a modo de ciclos. La duración total del tratamiento oscila entre tres y seis meses.

Junto a la quimioterapia, se administrará tratamiento hormonal, siempre que el tumor presente receptores hormonales.

La **terapia hormonal** consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas. Se puede administrar por vía oral, subcutánea e intramuscular.

Dentro de los distintos fármacos nos encontramos con antiestrógenos, inhibidores de la aromataasa, agonistas de la hormona luteinizante, fármacos de tipo de la **progesterona**.

## II.11. Seguimiento

Después del tratamiento tiene que realizar unos controles más estrictos durante los cinco primeros años. Pasados éstos deberá seguir controlándose como cualquier mujer sana.

Los controles son los siguientes:

- Durante los dos primeros años, tendrá que realizarse exploraciones físicas cada tres meses y una mamografía anual.
- Durante los siguientes tres años, las exploraciones físicas las realizará cada seis meses y la mamografía también será anual. Estos controles no precisarán de ninguna otra prueba siempre que la mujer se encuentre asintomática y su médico así lo crea conveniente.

Otras pruebas que no son infrecuentes son un análisis de sangre, una radiografía de tórax y una radiografía ósea seriada. Se puede

realizar alguna otra prueba relacionada con cualquier sintomatología que presente la paciente.

Al médico le corresponde dar la información adecuada e intentar reconstruir las cogniciones que la mujer puede haber generado en torno a su mama, explicándole la importancia que supone tener unas glándulas mamarias sanas, independientemente de su tamaño y de su forma.

Asimismo hay que ayudar a la paciente a detener los pensamientos irracionales que generan ansiedad y a reestructurar sus pensamientos negativos.

Cuando realmente llegan a convencerse de que su problema no es trascendente, en gran número de ocasiones desaparecen las molestias que tanto preocupaban. Es necesario recordar en cada consulta que, por regla general, los dolores de la mama no son inicio de una patología debida a un proceso maligno.

## **II.12. Cáncer de mama en Mendoza**

Para obtener datos acerca de qué se está haciendo a nivel gubernamental con el padecimiento de ésta enfermedad en nuestra población mendocina, fue que recurrimos al Programa provincial de prevención y detección precoz de cáncer de cuello uterino y mama.

En octubre de 1991 se sancionó la LEY N° 5773, de la creación de este programa cuyo objetivo es: prevención, detección, asistencia integral e investigación.

Fueron estipulados los nosocomios y centros asistenciales donde se brindarían los servicios especializados, habiéndose dividido a la provincia de acuerdo a los radios de mayor afluencia de la población.

La Ley promueve que el Ministerio de Cultura y Educación implemente en la currícula educativa secundaria y terciaria de los establecimientos educacionales de su dependencia, las formas de prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello de útero y mama.

También formula la coordinación con las entidades públicas y privadas en cuanto a las acciones tendientes a prevenir, detectar y tratar estas enfermedades mediante la planificación, organización y difusión de los conocimientos científicos y los recursos necesarios para la educación de la población.

Las autoridades del programa afirman que a medida que se detecta precozmente la enfermedad, se realizan registros de las pacientes que son atendidas, a los fines de su seguimiento periódico, más la realización de controles y la confección de un archivo de historias clínicas respectivas.

Se determinaron también los centros estatales de internación, cirugía y recursos humanos especializados, para el tratamiento de las pacientes afectadas, habilitando a los efectores que se estimaron necesarios y tenidos en cuenta de acuerdo a lo previsto por la Ley N° 5578.

Pero en la entrevista también surgieron aspectos negativos en cuanto a la gestión, los cuales tienen que ver con la dificultad de vinculación con centros asistenciales públicos y estatales, debido a razones de índole política y de mando; dando como ejemplo la falta de acceso a la información de seguimiento a los pacientes derivados por ellos a los centros de nosocomio.

Otro factor negativo relevante a considerar, según la gestión actual se refiere a la negativa desde autoridades educativas-gubernamentales acerca de la

intervención de estudiantes de psicología y psicólogos en sus ámbitos y establecimientos para trabajar en ésta temática, las causas no son dadas a conocer con claridad pero desde las autoridades del programa existe una constante necesidad planteada en incorporar ésta disciplina en su ámbito laboral.

# **CAPÍTULO III**

## **“APORTES DE SIGMUND FREUD”**

### **III.1. Algunos de los aportes de Sigmund Freud**

A continuación se trabajarán algunos conceptos y aportes de Sigmund Freud tales como histeria y sus particularidades sintomáticas, sus fundamentos en el tratamiento de éste tipo de pacientes y las implicancias culturales en el padecimiento del sujeto; basados todos ellos en la incógnita por éste cuerpo que padece.

Comenzaremos por trabajar los **síntomas**. Recordemos que en **medicina** los síntomas son las manifestaciones perceptibles de una enfermedad subyacente, permiten que esta enfermedad sea detectada. Esta ciencia considera que a través de los síntomas, lo que dice el sujeto que siente, permite tener noticia de procesos ocultos, hasta entonces, que afectaban el cuerpo.

Como se puede apreciar síntoma y cuerpo son conceptos que inmediatamente se relacionan al mencionar uno, inevitablemente nos remitimos al otro.

Al indagar en Freud, encontramos que sus grandes descubrimientos se han hecho trabajando con síntomas conversivos, propios de sus pacientes histéricas. Por eso a continuación haremos un recorrido sobre la misma.

En cuanto al término **histeria** *“resulta que esta categoría nosográfica llega de la antigua medicina griega que la concebía como una enfermedad de la mujer*

*provocada por el vagabundeo del útero en el cuerpo, en griego hysteron significa útero”*<sup>27</sup>.

El término adquirió un lugar importante en psiquiatría en el siglo XIX; ya que expresa el prejuicio, superado, de que esta neurosis va unida a unas afecciones del aparato genésico femenino. En la Edad Media desempeñó un significativo papel histórico-cultural; a consecuencia de un contagio psíquico se presentó como epidemia, y constituye el fundamento real de la historia de las posesiones por el demonio y la brujería.

*“La mejor investigación inicial hasta ahora encontrada corresponde a la obra de Charcot (maestro de Freud en 1885-6) y de la escuela de Salpêtrière, por él inspirada. Hasta entonces las histéricas eran poseídas, exorcizadas”*<sup>28</sup>.

Ya en la época moderna la histeria ocupó al pensamiento médico. Es así que se atribuyeron sus síntomas a la sugestión, simulación; fue considerada una enfermedad definida por sus síntomas. Al igual que Charcot, Freud la concebía como una enfermedad psíquica bien definida.

En 1890 Freud desarrolló el método psicoanalítico y comenzó a dar forma a los principales conceptos de la teoría psicoanalítica. Se sabe que esta neurosis es de vital importancia en su obra ya que los hallazgos de la etiología psíquica de ella van de la mano con los descubrimientos del Psicoanálisis (inconsciente, fantasía, represión, etc.).

La sintomatología clásica de la histeria incluye síntomas físicos tales como: parálisis locales, dolores, ataques convulsivos, perturbaciones de la sensibilidad, perturbaciones de la actividad sensorial, anestias para los cuáles no se

---

<sup>27</sup> Evans, Dylan. *“Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”*. Editorial Paidós. Bs. As. (2005). Pág. 105-106

<sup>28</sup> S. Freud. *“Histeria”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo I (1888). Pág 45.

encuentra ninguna causa orgánica pero resulta que durante un período considerable no fue posible visualizar a la histeria como una afección psíquica por los síntomas puramente corporales vistos en ella. Esto fue lo que abrió grandes interrogantes e investigaciones que llevaron a un momento decisivo y crucial en los descubrimientos del Psicoanálisis.

### **¿Qué caracteriza a esta tan conocida histeria?**

Sin duda la respuesta a esta pregunta corresponde a los **síntomas conversivos** presentes en la misma. Y éstos tienen lugar en el soma, en el cuerpo de los pacientes.

Para Freud la *conversión* sería la transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos. La conversión tendría una concepción económica, la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. **Estos síntomas expresan a través del cuerpo representaciones reprimidas.** El síntoma de la conversión histérica guardaría una relación simbólica más precisa con la historia del sujeto. *“La conversión es correlativa al desprendimiento de la libido de la representación, en el proceso de la represión la energía libidinal desprendida es traspuesta a lo corporal”*<sup>29</sup>. Entonces éstos síntomas corporales ponen en evidencia, le dan voz y habla a las representaciones reprimidas.

Freud en su artículo “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”(1910 [1909]) dice *“los afectos desarrollados en las situaciones patógenas hallaron bloqueada una salida normal, la esencia de su contracción consistía en que entonces esos afectos estrangulados eran sometidos a un empleo anormal, en parte persistían como trabas de la vida anímica y fuentes de constante excitación, en partes*

---

<sup>29</sup> Evans, Dylan.. “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Editorial Paidós. Bs. As (2005). Pág. 105-106.

*experimentaban una transposición a inusuales inervaciones e inhibiciones corporales, cuyo proceso recibe el nombre de conversión histérica”<sup>30</sup>.*

En este momento para Freud la corriente normal de nuestra excitación anímica en parte es guiada por el camino de la inervación corporal.

### **¿Cuáles serían los orígenes de estos síntomas en la histeria?**

Estos síntomas aparecen sin una clara justificación orgánica. El sujeto pregunta al médico buscando respuestas de su padecer pero ante ello sólo encuentra frustrados sus intentos, no hay respuestas.

Al mencionar esto sería interesante alegar la diferenciación que hace Freud entre parálisis motrices orgánicas e histéricas, para ello es necesario remitirnos a su artículo “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1893[1888-93]) refiere que la parálisis histérica puede ser mucho más disociada y sistematizada que la parálisis orgánica. De allí su complejidad y dificultad para investigarla.

Tomamos noticia de esta disociación a través del estudio de Freud de la hemiplejía común orgánica (parálisis de los miembros superior e inferior, y del facial inferior) “*la histeria solo reproduce la parálisis de los miembros y disocia la parálisis del brazo de la de la pierna bajo la forma de monoplejías, resulta aún más curioso que puede crear una afasia total para determinada lengua sin afectar la comprensión y articulación de otra. Esto último muestra la disociación imperante en la parálisis histérica manifestada también en parálisis aisladas de un segmento de miembro con integridad completa de otras partes del mismo. La parálisis histérica también presenta contracturas y anestias mucho más intensas que las orgánicas, encontrándolas con una delimitación exacta y una intensidad excesiva, siendo estas dos cualidades las que ejercen un mayor*

---

<sup>30</sup> S. Freud.” *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XI (1910 [1909]). Pág 15.

*contraste con la parálisis cerebral orgánica en la que estos dos aspectos no están asociados. La parálisis histérica puede volverse total y delimitada a la vez, pudiendo afectar el brazo de manera exclusiva no dejando huellas en la pierna o la cara; sus perturbaciones en la sensibilidad son llamativamente profundas y frecuentes (anestesia y analgesia histérica)”<sup>31</sup>.*

**¿Pero qué es lo que comparten la parálisis histérica y la parálisis orgánica?**

Resulta que la primera presenta los mismos caracteres que la parálisis cerebral orgánica. Para especificarlo mejor abordaremos a la parálisis cerebral orgánica y una característica importante de ésta reside en que *“las condiciones que dominan su sintomatología tienen que ver con los hechos de la anatomía (construcción del sistema nervioso y la distribución de sus vasos) y la relación entre estos y las circunstancias de la lesión”<sup>32</sup>.*

Freud refiere que solo hay una anatomía cerebral verdadera y sólo de ella tenemos noticia a partir de las parálisis cerebrales, por lo tanto es imposible que esta anatomía explique los rasgos de la parálisis histérica; teniendo en cuenta la imposibilidad de llevar a cabo un parangón entre ambas parálisis al recordar las diferencias ya expuestas.

Lo que explicaría las características de la parálisis orgánica sería la extensión y localización de la misma, colocando a la naturaleza de la lesión en un lugar secundario. Y en cuanto a la naturaleza de la lesión en la parálisis histérica, teniendo en cuenta que es independiente de la anatomía del sistema nervioso arroja la idea de que por sí sola domina la situación, como si no tuviera noticia de la anatomía. La histeria nada sabe de la distribución de los nervios; los órganos y el cuerpo son para ella lo que se conoce popularmente, la pierna es la pierna, el

---

<sup>31</sup> S. Freud. *“Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1893 [1888-93]). Pág 201.

<sup>32</sup> Ibid. Pág. 204.

brazo es la extremidad superior; este conocimiento se funda en percepciones tácticas y visuales como afirma Freud, llevando esto a la idea de que la parálisis histérica sería una alteración de la concepción (representación simbólica) de la idea de brazo por ejemplo.

Teniendo presente que no hemos de encontrar argumentación orgánica que responda a nuestros principales interrogantes acerca de la parálisis histérica, ahora habría que indagar el aspecto psicológico y ver qué es lo que nos dice Freud al respecto. Para él resulta que *“la parálisis del brazo consiste en el hecho 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. La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo. Este se comporta como si no existiera para el juego de las asociaciones. Si las condiciones materiales correspondientes a la concepción del brazo están alteradas, también se habrá perdido esa concepción pero puede ser inaccesible sin estar destruida y sin que esté dañado su sustrato material (tejido nervioso de esta región)... El valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto repugna hacerlo entrar en asociación con otro objeto y vuelve inaccesible a la asociación la idea de ese objeto...”*<sup>33</sup>.

En la parálisis histérica el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación inconsciente dirá Freud, provista de gran valor afectivo y ese brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se libera. Como estas asociaciones son inconscientes es desde allí donde Freud decide trabajar, ya que no habría hasta el momento ligadura con asociaciones conscientes. Si el individuo no quiere o no puede tramitar el excedente, el recuerdo de esta impresión adquiere la importancia de un trauma y deviene la causa de síntomas permanentes de histeria.

---

<sup>33</sup> Ibid. Pág. 208.

Claro está que existe una relación entre inconsciente y cuerpo que encuentra como uno de los puntos de expresión la enfermedad, pero luego abordaremos esto en más detalle

Entonces ya adentrándonos en los comienzos de la histeria nos encontramos con vivencias que resultaron traumáticas desarrollando traumas psíquicos, el afecto desprendido de éstas fue llevado al cuerpo tratándose de un fenómeno somático, designando síntomas histéricos a los fenómenos patológicos así generados.

En “La etiología de la histeria” (1896) Freud considera que *“los síntomas histéricos se solucionan cuando desde ellos se puede hallar el camino hasta el recuerdo de una vivencia traumática”*<sup>34</sup>.

Continúa... *“ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma...desde una escena se alcanzan recuerdos y de estos parten cadenas colaterales cuyos distintos eslabones están asociativamente enlazados con eslabones de la cadena principal y...se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual”*<sup>35</sup>.

Según Freud la etiología de la histeria se encuentra en la vida sexual. Se llega finalmente, luego de que las cadenas mnémicas llegan al ámbito sexual y a vivencias que corresponden a la pubertad, terminando en la época de la niñez temprana; ya que en la histeria se encuentran unas o varias vivencias de experiencia sexual prematura, y pertenecientes a la niñez. La defensa busca dejar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona están presentes escenas sexuales infantiles como recuerdos inconscientes.

---

<sup>34</sup> S. Freud. “La etiología de la histeria”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo III (1896). Pág 195

<sup>35</sup> Ibid. Pág. 196-198

Por lo tanto *“los síntomas histéricos son retorno de unos recuerdos de eficiencia inconciente. Con vivencias sexuales infantiles que actúan como predisposición para la histeria, cobrando eficacia patógena cuando pasada la pubertad son despertadas como recuerdos inconscientes”*<sup>36</sup>.

Resumiendo: para formar un síntoma histérico tiene que estar presente un afán defensivo contra una representación penosa; la cual está enlazada asociativamente con un recuerdo inconciente de contenido sexual de un período infantil. Entonces los síntomas de la histeria son recientes pero entramados con un pasado misterioso, estos son sobredeterminados, se escoge como síntoma aquella representación cuya magnitud es efecto conjugado de varios factores, que se evoca simultáneamente de diversos lados, entrando en juego la historia particular del sujeto.

Freud en su artículo “Sobre la psicoterapia de la histeria” (1893/95) plantea que los síntomas histéricos desaparecían luego de que se despertaba el recuerdo que los ocasionaba, y el afecto que lo acompañaba se expresaba en palabras. Este afecto que produce excitación psíquica toma su curso en el decir.

*“A través de un esforzar podían salir a luz representaciones patógenas, ante esto se hacía evidente determinadas resistencias, se trataba de superar una fuerza que contrariaba el devenir consciente (recordar) de estas representaciones...esta fuerza podría ser la que operó en la génesis del síntoma histérico y en aquel entonces impidió el devenir-consciente de la representación...siendo estas representaciones de naturaleza penosa... Así surgía una defensa ante esto, el yo siente repulsión como defensa frente a esta representación inconciliable; esta defensa prevalece y la representación se va fuera de la conciencia y del recuerdo. De esto se desprende un concepto tal*

---

<sup>36</sup> Ibid. Pág. 210

como el de censura. Esta representación expulsada fuera de la conciencia debía dejar una huella psíquica”<sup>37</sup>.

Freud en “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” dice que “*los síntomas de los enfermos de histeria son restos y símbolos mnémicos de ciertas vivencias (traumáticas)*”.<sup>38</sup> A los histéricos se le presentan nuevamente esas dolorosas vivencias de un lejano pasado y permanecen adheridos a ellas, no se libran del pasado y por él descuidan la realidad efectiva y el presente. Esta fijación de la vida anímica a los traumas patógenos es uno de los caracteres más importantes y de mayor sustantividad de la neurosis, quedan atrapados y petrificados ocupándose de él.

Freud en su artículo “Neuropsicosis de defensa” (1894) afirma que “*en estos pacientes enfermos sucede una escisión de la conciencia, con grupos psíquicos separados. Alega que los pacientes por él analizados gozaban de salud psíquica hasta el momento en que sobreviene un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, presentándose a su yo una vivencia, representación que despertó un afecto tan penoso contradictorio que la persona decidió olvidarla, no confiando en una solución por parte de su yo (utilizando el pensamiento para ello). Considera que en personas del sexo femenino, tales representaciones inconciliables nacen sobre la base del vivenciar y sentir sexuales. Resulta que para el yo una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están allí no se los puede extirpar. Es por ello que como solución logra convertir esta representación intensa en una débil, arrancándole el afecto, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo el cual consiste en trasponerla a lo corporal, para lo*

---

<sup>37</sup> S. Freud. “Sobre la psicoterapia de la histeria”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893-1895). Pág 275

<sup>38</sup> S. Freud. “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XI (1910 [1909]). Pág 13.

*cual Freud propone el nombre de conversión. Siendo este el factor característico de la histeria como ya sabemos”<sup>39</sup>.*

Como ya dijimos esta conversión puede ser total o parcial y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo con la vivencia traumática. El yo quedaría exento de contradicción, esta representación no ha sido sepultada; formando un núcleo, se trata de un parásito silencioso que actúa poco a poco sin tener noticia de su labor.

### **III.2. Ataque histérico**

Freud en su artículo “Apreciaciones generales sobre el ataque histérico” (1909 [1908]) comenta que un ataque histérico se vuelve incomprensible por el hecho de que en un mismo material se figuran a la vez varias fantasías por vía de condensación. La condensación sería una representación única que se encuentra en el punto de intersección de varias cadenas asociativas; la cual a nivel económico se encuentra investida de energías.

*“La emergencia de ataques histéricos obedece a leyes fáciles de entender. El complejo reprimido consta de una investidura libidinal y un contenido de representación (fantasía), el ataque puede ser convocado:*

- *asociativamente: cuando un suceso de la vida consciente anuda al contenido del complejo.*
- *orgánicamente: por razones somáticas internas y por un influjo psíquico exterior la investidura libidinal supera cierta medida*

---

<sup>39</sup> Ibid. Pág. 49

- *al servicio de la tendencia primaria como expresión del refugio en la enfermedad, cuando la realidad efectiva se vuelve dolorosa o terrible, sería a manera de consuelo*”<sup>40</sup>.

La exploración de la historia infantil de los histéricos enseña que el ataque está destinado a ser el sustituto de una satisfacción autoerótica antiguamente ejercida y desde entonces resignada.

La emergencia del ataque repite con exactitud las condiciones bajo las cuales el enfermo con anterioridad buscaba expresamente esa satisfacción autoerótica.

*“La anamnesis del enfermo arroja los siguientes estadios:*

- *satisfacción autoerótica sin contenido de representación*
- *la misma conectada a una fantasía que desemboca en la acción satisfacción*
- *renuncia a la acción conservando la fantasía*
- *represión de esa fantasía que luego se abre paso en el ataque histérico*
- *ella devuelve la acción satisfacción que le corresponde, que en vano se intentó desarraigar.*

*Se trata de un ciclo típico de quehacer sexual infantil: **represión, fracaso de la represión y retorno de lo reprimido**. El ataque histérico reintroduce en la mujer un fragmento del quehacer sexual que existió en la infancia*”<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> S. Freud. “*Apreciaciones generales sobre el ataque histérico*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1909 [1908]). Pág 209.

<sup>41</sup> Ibid. Pág. 210

### **III.2.1. Procesos psíquicos y formación de síntoma en la histeria**

Freud en “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” (1910[1909]) sobre la idea de la resistencia funda su concepción referente a los procesos psíquicos de la histeria.

Considera que *“las mismas fuerzas que en el presente momento, como resistencias, se oponían hacer consciente lo olvidado tenían que ser las que en su momento produjeron ese olvido y esforzaron afuera de la conciencia las vivencias patógenas. A este proceso llamó represión (esfuerzo de desalojo)”*.

Resulta que *“lo característico en la histeria fue que había estado en juego el afloramiento de una moción de deseo que se encontraba en oposición a los demás deseos del individuo, siendo inconciliable con las exigencias. Por lo tanto sobrevino un conflicto, y el final de esta lucha interna fue que la representación que aparecía en la conciencia como la portadora de aquel deseo inconciliable se rindió a la represión y fue olvidada y esforzada fuera de la conciencia junto con los recuerdos relativos a ella”*<sup>42</sup>.

Surge que en los histéricos y otros neuróticos fracasa la represión de la idea entramada con el deseo insoportable, siendo expulsada fuera de la conciencia y del recuerdo, ahorrándose una gran suma de displacer, pero la moción de deseo reprimida perdura en lo inconciente al acecho de ser activada. Esclareciendo este punto Freud dedujo que *“el motivo de la represión fue la inconciliabilidad de*

---

<sup>42</sup> Ibid. Pág. 21.

*esta representación con el yo del enfermo y las fuerzas represoras fueron entre otros los reclamos éticos”<sup>43</sup>.*

Resulta que la aceptación de la moción de deseo inconciliable o la persistencia del conflicto provocarían un alto grado de displacer, este displacer era ahorrado por la represión, siendo uno de los dispositivos protectores.

Ahora al hablar de conflicto psíquico debemos hacer referencia a la escisión psíquica. Freud la explica dinámicamente por el conflicto de fuerzas anímicas en lucha, en ella hay una renuncia activa de cada uno de los dos agrupamientos psíquicos respecto del otro. En el conflicto psíquico se observa un yo afanado en defenderse de los recuerdos penosos terminando en una escisión anímica.

*Como ya se dijo “en los histéricos y otros neuróticos fracasa la represión de la idea entramada con el deseo insoportable, expulsándola fuera de la conciencia y del recuerdo, ahorrando displacer; pero esta moción de deseo reprimida perdura en lo inconsciente a la oportunidad de ser reactivada y luego se las arregla para enviar dentro de la conciencia una formación sustitutiva, desfigurada y vuelta irreconocible, de lo reprimido, a la que se anudan las mismas sensaciones de displacer que creyó ahorrarse mediante la represión. Pero esta formación sustitutiva -síntoma- es inmune a los ataques del yo defensor. Surgiendo entonces un padecer sin término en el tiempo”<sup>44</sup>.*

Las mociones de deseo de carácter sexual (provenientes de la infancia) son el motor del síntoma. Al hablar de ellas corresponde tocar temas tales como la sexualidad humana.

Con el descubrimiento de la sexualidad infantil y la reconducción de los síntomas neuróticos a componentes pulsionales eróticos, Freud obtuvo fórmulas claves sobre la esencia de la neurosis. Considerando que los seres humanos

---

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid. Pág. 24.

enferman cuando a consecuencia de obstáculos externos o de un defecto interno de adaptación se les deniega la satisfacción de sus necesidades eróticas en la realidad; refugiándose en la enfermedad para hallar con su auxilio una satisfacción sustitutiva de lo denegado. El mantenerse alejados de la realidad sería la principal tendencia y el principal perjuicio de la condición de enfermo.

La resistencia del enfermo a la curación es que no sólo el yo se muestra renuente a resignar las represiones mediante las cuales ha escapado a sus disposiciones originarias, sino que tampoco las pulsiones sexuales quieren renunciar a su satisfacción sustitutiva mientras que sea incierto que la realidad les ofrezca algo mejor.

*“La huida desde la realidad insatisfactoria a lo que Freud llama enfermedad a causa de su nocividad biológica, que nunca deja de aportar al enfermo una ganancia inmediata de placer, se consume por la vía de la involución -regresión- el regreso a fases anteriores de la vida sexual que en su momento no carecieron de satisfacción. Esta regresión sería doble:*

- *temporal: ya que la libido (necesidad erótica) retrocede a estadios de desarrollo anteriores en el tiempo*
- *formal: para exteriorizar esa necesidad se emplean los medios originarios y primitivos de expresión psíquica”<sup>45</sup>.*

Al hallar insatisfactoria la realidad, se mantiene la vida de la fantasía en la que se compensa, mediante unas producciones de cumplimiento de deseos, las carencias de la realidad. El hombre enérgico y exitoso es el que consigue trasponer mediante el trabajo sus fantasías de deseo en realidad; pero toda vez que, ello no se logra sobreviene el extrañamiento respecto de la realidad, el individuo se retira a su mundo de fantasía que le procura satisfacción y cuyo

---

<sup>45</sup> Ibid. Pág. 45.

contenido en caso de enfermar traspone en síntoma. Pero bajo una mirada optimista y favorable puede suceder que en vez de enajenarse de la realidad, por regresión a lo infantil, puede trasponer sus fantasías en creaciones artísticas en lugar de hacerlo en síntomas, escapando al camino de la neurosis y recupera, por este rodeo, el vínculo con la realidad.

Freud en la 19ª conferencia “Resistencia y represión” (1916[1917]) afirma que *“el enfermo se defiende de la eliminación de sus síntomas y el restablecimiento de un discurrir normal en sus procesos anímicos por la existencia de fuerzas poderosas que se oponen a este cambio de estado, siendo estas mismas las que en su tiempo impusieron al síntoma”*<sup>46</sup>.

Considera ya en esta época que en la formación del síntoma ocurrió algo que al reconstruirlo por la experiencia se llegaría a su solución, sabiéndose de antemano que en la existencia del síntoma algún proceso anímico no fue llevado hasta el final normalmente de manera que pudiera devenir consciente. El síntoma es un sustituto de lo que se interceptó. Sucede que hubo una importante renuncia a que el proceso anímico penetrase a la conciencia, quedando en el inconsciente y desde allí tuvo el poder de formar un síntoma. Esa misma renuncia es la que se opone a hacer consciente lo inconsciente en el transcurso de la cura analítica; sería lo que siente como resistencia y de ella llegamos a la represión como nombre de todo este circuito patógeno. Resulta que esta resistencia es la guardiana en el proceso analítico que nos impide cancelar la represión, ni siquiera deja pasar del sistema inconsciente al preconscious la moción pulsional. Esta represión sería la condición previa para la formación del síntoma, siendo éste un sustituto de algo que fue estorbado por la represión.

Ahora bien, ¿qué tipos de mociones se someten a esta represión?, ¿por qué motivos?...al pensar en estos interrogantes debemos remitirnos a la resistencia,

---

<sup>46</sup> S.Freud en la 19ª conferencia “Resistencia y represión”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]). Pág 268.

teniendo en cuenta que de estas parten unas fuerzas del yo que procuraron la represión.

En cuanto a la formación del síntoma en la neurosis histérica, dice que se trata de la satisfacción de unos deseos sexuales, los síntomas son sustitutos de esa satisfacción que les falta a los enfermos en la vida, y... ¿Por qué sucede esto? *“Se da porque a estas personas, a raíz de una frustración cualquiera, la realidad les restringe la satisfacción de sus deseos sexuales, siendo los síntomas una satisfacción sustitutiva de lo que se echó de menos en la vida”*<sup>47</sup>.

Luego amplía esto diciendo que los síntomas llevan el propósito de obtener una satisfacción sexual o bien de defenderse de ella; así en la histeria prevalece el cumplimiento de deseo. Pero sucede que no ofrecen nada real en materia de satisfacción. Resulta que esta supuesta satisfacción sexual tendría un carácter infantil e indigno para el aparato psíquico.

En el mismo texto Freud nos dice que *“son productos de compromiso; nacen de la interferencia de dos aspiraciones opuestas y sustituyen tanto a lo reprimido como a lo represor que estuvieron presentes en sus orígenes. Esta sustitución puede inclinarse más hacia un lado, o hacia el otro. En la histeria coinciden los dos propósitos en el mismo síntoma”*<sup>48</sup>.

Como ya dijimos tenemos noticia de los síntomas a través de las quejas de la persona, ya que se queja de que los realiza en contra de su voluntad y conllevan sufrimiento, displacer para ella.

¿Por qué tanto interés en el estudio y comprensión de los síntomas? Porque, como afirma Freud, a través de ellos es que comprendemos a la enfermedad

---

<sup>47</sup> Ibid. Pág 272

<sup>48</sup> Ibid. Pág 275

En la 18ª conferencia “La fijación al trauma, lo inconciente” (1916[1917]). Freud afirma que *“el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes que, bajo diversas condiciones favorables pueden hacerse conscientes”*<sup>49</sup>.

Ahora bien... ¿qué es un síntoma? Se trata de una formación, es un sustituto de algo diverso, que está interceptado; sustituto para una satisfacción frustrada ¿qué vínculo hay entre los síntomas y lo inconciente? Resulta que el sentido de los síntomas es inconciente y existe una relación de permuta, de sustitución entre esta condición de inconciente y la posibilidad de existencia de los síntomas; estos procesos inconscientes tienen el sentido del síntoma...y...¿Qué hace que se produzca el síntoma? que este sentido sea inconciente, sucede que ciertos procesos anímicos habrían debido desplegarse normalmente hasta que la conciencia recibiese noticia de ellos. Eso no sucedió y a cambio de estos procesos interrumpidos, forzados a permanecer inconscientes, es que ha surgido el síntoma, ocurriendo algo parecido a una permutación. ...Y... ¿Qué hace desaparecer estos síntomas? Según Freud consideraba hasta este momento que los procesos inconscientes devinieran conscientes, los síntomas desaparecerían tan pronto se supiera su sentido.

*“El yo ni siquiera es el amo en su propia casa, depende de unas mezquinas noticias sobre lo que ocurre inconscientemente en su alma. Se trata de hacer un llamado a mirar dentro de la propia casa”*<sup>50</sup>.

Freud en su 23ª conferencia “Los caminos de la formación del síntoma” (1916[1917]) refiere que *“lo nocivo del síntoma se debe al gasto anímico que genera y el que se necesita para combatirlo. Como consecuencia la formación*

---

<sup>49</sup>S.Freud en la 18ª conferencia “La fijación al trauma, lo inconciente”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]). Pág 260.

<sup>50</sup> Ibid.

*del síntoma puede traer empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica y con posible parálisis para las tareas importantes en la vida*<sup>51</sup> .

¿Cuál es el propósito de estos síntomas neuróticos? *“Estos síntomas serían el resultado de un conflicto que surge por una nueva satisfacción pulsional. Tratándose de dos fuerzas enemistadas que se reconcilian en el síntoma gracias al compromiso de la formación de éste. Una de ellas es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que busca caminos para su satisfacción y recurre a la regresión para ello, satisfaciéndose en una organización ya superada o con uno de los objetos resignados con anterioridad. La libido es atajada y tiene que escapar a algún lugar, buscando un drenaje para su investidura energética, según lo exige el principio de placer; se sustrae del yo y le permiten tal escapatoria las fijaciones que ahora recorre en sentido regresivo y de las cuales el yo se había defendido mediante las represiones. La libido las inviste y se sustrae de las influencias del yo. Se formula en su psiquismo el siguiente supuesto “tiempos pasados fueron mejores”*<sup>52</sup>.

El síntoma se engendra como un retoño de cumplimiento del deseo libidinoso. Con dos significados que se contradicen entre sí. Pero como ya se dijo estas fijaciones las encuentra en las vivencias sexuales de la infancia. Entonces *“el síntoma repite la modalidad de satisfacción de la temprana infancia, siendo esta irreconocible para la persona, sintiendo esta presunta satisfacción como sufrimiento y como tal se queja de ello. Esta mudanza es parte del conflicto psíquico bajo cuya presión se formó el síntoma”*<sup>53</sup> .

Considera que los síntomas casi siempre prescinden de objeto, resignando el vínculo con la realidad exterior. *“Propio del retroceso al principio de placer y resignación del principio de realidad y como ya dijimos también se trata de un*

---

<sup>51</sup> S.Freud en la 23ª conferencia *“Los caminos de la formación de síntoma”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]). Pág 326

<sup>52</sup> Ibid. Pág. 327

<sup>53</sup> Ibid. Pág. 333

*retroceso libidinal tratándose de un autoerotismo, claro está, a modo de satisfacción infantil. No se modifica el mundo exterior, pero sí el interior bajo cambios somáticos, corporales. Se trata de una adaptación correspondiente a una regresión”*<sup>54</sup>.

Ahora bien, se observa que quien padece de éstos síntomas sufre, se mortifica, se angustia en algunos casos en demasía, sería interesante indagar la posible relación entre el síntoma y la angustia.

### **III.3. Angustia y síntoma**

Freud en su artículo “Inhibición síntoma y angustia” (1926 [1925]) pretende indagar acerca de la angustia y la neurosis en cuanto a posibles relaciones entre estos dos términos.

Uno de los conceptos relevantes que introduce es “inhibición” considerando que se trata de *una “limitación funcional del yo, no necesariamente designa algo patológico. Resulta que puede ser síntoma cuando hay una desacostumbrada variación de ella o una nueva operación. Hay inhibiciones especializadas como en el caso de inhibiciones neuróticas sucede una erotización hiperintensa de los órganos requeridas para estas funciones: los dedos de las manos o los pies. La función yoica de un órgano se deteriora cuando aumenta su erogenidad, su significación sexual”*<sup>55</sup>.

Continúa con otro concepto importante como el de síntoma el cual indica *“un proceso patológico, en él hay una variación inusual de la función. Es indicio*

---

<sup>54</sup> Ibid. Pág. 334

<sup>55</sup> S. Freud “Inhibición síntoma y angustia”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XX (1926 [1925]). Pág 88.

*y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado de un proceso represivo, se engendra a partir de allí. La represión parte del yo, no es un proceso que suceda dentro del yo o al yo; resulta que este por encargo del superyó no acata una investidura pulsional proveniente del ello, consigue inhibir o desviar este decurso excitatorio. Pero esta moción pulsional encuentra un sustituto, mutilado, desplazado, inhibido. Ya no es reconocible como satisfacción. Y si ese sustituto llega a consumarse no se produce ninguna sensación de placer. El proceso sustitutivo es mantenido lejos de su descarga por la motilidad; y si esto no se logra, se ve forzado a agotarse en la alteración del propio cuerpo y no se le permite desbordar sobre el mundo exterior, transponiéndose en acción”<sup>56</sup>.*

La lucha contra la moción pulsional ahora continúa en la lucha contra el síntoma, “*se basa en el influjo entre sus componentes, buscando ligar al síntoma a su organización*”.<sup>57</sup> ¿Pero qué sucede con el yo en esta lucha defensiva secundaria? El yo, como ya dijimos, por su naturaleza busca restablecer, reconciliar, considerando que “*es una organización que se basa en el libre comercio y en el influjo recíproco entre todos sus componentes; lo hace intentando cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, lo liga a sí, lo incorpora a su organización. Esto al mismo tiempo influye en la formación del síntoma. Pero resulta que el síntoma ya está allí, entonces sobreviene una adaptación al síntoma por parte del yo, se fusiona y se vuelve indispensable para éste*”<sup>58</sup>.

Bien sabemos que este síntoma está, subsiste y se mantiene es porque hay una ganancia, existe un rédito en su permanencia, una satisfacción otorgada por este síntoma que se encuentra fusionado con el yo el cual se afana por incorporarse al síntoma, reforzando su fijación y luego en análisis, cuando se

---

<sup>56</sup> Ibid. Pág. 87.

<sup>57</sup> Ibid. Pág. 94

<sup>58</sup> Ibid.

pretende asistir al yo en su lucha contra el síntoma sucede que estas ligazones hacen a la resistencia. Pero no podemos culpar al yo de esto, considerando que lo hizo en búsqueda del equilibrio buscando la adaptación al mundo interno como lo hace con el mundo externo.

El problema es que el tinte perturbatorio aparece en escena una y otra vez, ya que esta perturbación parte del síntoma poniendo de manifiesto su papel de sustituto y retoño de la moción reprimida, cuya exigencia de satisfacción renueva una y otra vez, constriñendo al yo a dar en cada caso la señal de displacer y a ponerse a la defensiva.

Resulta que esta lucha defensiva contra el síntoma nos remite a la formación del mismo y él necesariamente nos permite indagar acerca de la angustia, la cual está moviéndose a modo de río subterráneo, por debajo de todo este proceso...acechando en el trasfondo dirá Freud. Surge que el verdadero motor de la represión es la angustia frente a la castración.

La **angustia** es la reacción frente a la situación de peligro; se la ahorra si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella. Es correcto indicar que los síntomas son creados para evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de angustia. Ese peligro era el de la castración o algo derivado de ella.

Freud desarrolló dos teorías de la angustia en el curso de su trabajo. Entre 1884 y 1925 sostuvo que la angustia neurótica es simplemente una transformación de la libido sexual que no ha sido adecuadamente descargada. Pero en 1926 abandona esta teoría a favor de la idea de que la angustia es una reacción a una situación de peligro, una experiencia de desamparo ante una acumulación de excitación que no se puede descargar. “*La angustia seria*

*producto del estado de desamparo psíquico del lactante, que evidentemente constituye la contrapartida de su estado de desamparo biológico”<sup>59</sup>.*

*Los traumas son precipitados por situaciones de peligro tales como el nacimiento, la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del amor del objeto y, por sobre todo, la castración. Freud distingue entre la angustia automática en la que el estado surge directamente de una situación traumática y la angustia como señal reproducida por el yo para alertar sobre una situación prevista de peligro”<sup>60</sup>.*

La angustia dirá Freud es algo sentido, y como sensación tiene un carácter displacentero, también presenta otras cualidades ya que percibimos en la angustia sensaciones corporales en relación a ciertos órganos de la respiración y el corazón; participando entonces inervaciones motrices, procesos de descarga. Entonces dirá que se distinguen un carácter displacentero específico, acciones de descarga y percepciones de éstas.

Como ya se dijo la angustia se generó como reacción frente a un estado de peligro, se la reproducirá cuando un estado semejante vuelva a presentarse. En cuanto a esto Freud dice que cuando el niño añora la percepción de la madre, es sólo porque ya sabe, por experiencia, que ella satisface sus necesidades. Sucediendo que la situación que valora como peligro y de la cual quiere resguardarse es la de la insatisfacción, el aumento de la tensión de necesidad, frente al cual se siente impotente. Pero con la experiencia de que un objeto exterior, aprehensible puede poner término a esta situación de peligro, el contenido del peligro se desplaza a la pérdida de objeto. La ausencia de la madre deviene ahora el peligro; el lactante da la señal de angustia aún antes que sobrevenga la situación temida. Siendo entonces la angustia producto del

---

<sup>59</sup> Laplanche y Pontalis. “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed Paidós. Buenos Aires. 1996. Pág 27

<sup>60</sup> Evans, Dylan. “*Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*”. Editorial Paidós. Bs. As. 2005. Pág. 38

desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico.

La madre que primero había calmado todas las necesidades del bebé, mediante los dispositivos de su propio cuerpo, también tras el nacimiento prosigue esa misma función con otros medios. Vida intrauterina y primera infancia constituyen un continuo. El objeto- madre psíquica sustituye para el niño la situación fetal biológica.

Concluye Freud que no se descubre otra función para la angustia que la de ser una señal para la evitación de peligro. La pérdida del objeto como condición de la angustia persiste por todo un tramo.

La angustia de castración sobreviene en idéntica condición. El peligro es aquí la separación de los genitales. La alta estima narcisista por el pene puede basarse en que la posesión de ese órgano contiene la garantía para una reunión con la madre en el acto del coito. La privación de ese miembro equivale a una nueva separación con la madre.

En el curso del desarrollo sabemos que *“se despersonaliza la instancia parental, de la cual se temía la castración, el peligro se vuelve más indeterminado. La angustia de castración se desarrolla como angustia de la conciencia moral, como angustia social”*<sup>61</sup>.

Freud refiere que *“toda formación de síntoma se emprende para escapar a la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica de otro modo se habría descargado como angustia; así, la angustia sería el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis. Los síntomas se crean para sustraer de la situación de peligro al yo. Si se obstaculiza la formación del síntoma el yo queda desvalido frente a la exigencia pulsional en continuo crecimiento: la*

---

<sup>61</sup> Ibid. Pág. 135.

*primera y más originaria condiciones de angustia. El desarrollo de la angustia introduce la formación de síntoma.* <sup>62</sup> *“A través del síntoma se cancela la situación de peligro. Considerando que tiene dos caras, una que permanece oculta para nosotros (produce en el ello modificaciones que hacen que el yo se sustraiga del peligro) y otra cara vuelta hacia nosotros, mostrando lo que ha creado en remplazo del proceso pulsional modificado: la formación sustitutiva”*<sup>63</sup>.

El proceso defensivo es análogo a la huida por la cual el yo se sustrae de un peligro que le amenaza desde afuera, pero el yo no puede protegerse de peligros pulsionales internos tan eficazmente como de una porción de la realidad que le es ajena. Conectado íntimamente con el ello él mismo sólo puede defenderse del peligro pulsional limitando su propia organización y aviniéndose a la formación de síntoma como sustituto del daño que infirió a la pulsión. Y si después se renueva el esfuerzo de asalto de la moción rechazada, surgen para el yo todas las dificultades que conocemos como padecimiento neurótico.

*“La angustia de castración sería el único motor de los procesos defensivos que llevan a la neurosis. Freud refiere que “el desarrollo de la niña pequeña es guiado a través del complejo de castración hasta la investidura tierna de objeto. En el caso de la mujer parece que la situación de peligro de la pérdida de objeto siguiera siendo la más eficaz. Respecto de la condición de angustia válida para ella, es que introduce esta pequeña modificación: más que de la angustia o pérdida real del objeto, se trata de la pérdida de amor de parte del objeto. Se sabe con certeza que la histeria tiene mayor afinidad con la feminidad”*<sup>64</sup>.

Concluyendo la angustia aclama para que aparezca el síntoma para proteger al yo de esa exigencia pulsional del ello; es decir, algo externo determina

---

<sup>62</sup> Ibid. Pág. 136.

<sup>63</sup> Ibid. Pág. 137.

<sup>64</sup> Ibid. Pág. 137.

peligros pulsionales internos, manejando el interior se manejaría el peligro exterior.

#### **III.4. Tratamiento**

Sería importante destacar de qué modo Freud fue trabajando sobre los síntomas neuróticos. Para ello es que nos remitimos a su artículo “Sobre la psicoterapia de la histeria” (1893) en el que refiere que *“el no saber de los histéricos era un no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico”*<sup>65</sup>.

En un primer momento mediante un esforzar, empleo de la presión sobre la frente busca orientar la atención de los enfermos hacia las huellas de representación buscadas. Sabiendo que los recuerdos, en apariencia inconexos están enlazadas por ataduras de pensamiento y llevan al momento patógeno buscado. Luego Freud va a dejar de lado el procedimiento de la presión hasta entonces llevado a cabo ya que concluye que el yo se place en la defensa y vuelve, prosigue con su resistencia.

Considera tener en claro, hasta el momento, que el enfermo sólo se libera del síntoma histérico reproduciendo las impresiones patológicas causadoras y declarándolas bajo una exteriorización de afecto, la tarea terapéutica consistiría en moverlo a ello.

Para él *“la histeria se generaría por la represión, desde la fuerza motriz de la defensa, de una representación inconciliable, ya que la representación*

---

<sup>65</sup> S. Freud “Sobre la psicoterapia de la histeria”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893). Pág 276.

*reprimida permanece como una huella mnémica débil, y el afecto que se le arrancó fue empleado para una inervación somática la ya mencionada conversión de la excitación. En virtud de su represión la representación se vuelve causa de síntomas patológicos*”<sup>66</sup>. Este material patógeno posee un orden hay enlaces entre representaciones patógenas y no patógenas, fueron guardados en la memoria. En torno a estos recuerdos es que se debe reelaborar un material mnémico. La terapia consiste en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado

Cuando en terapia se trabaja con los síntomas histéricos durante el intento de eliminación de estos se observa un fenómeno de intromisión (resistencia); el síntoma reaparece o surge con intensidad tan pronto como se entró en la región patógena que da origen a este síntoma.

Pero para entender más detenidamente el desarrollo terapéutico de Freud es necesario recurrir a su artículo “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (1893) en él considera que hasta el momento “*los efectos curativos del método de psicoterapia consistían en cancelar la acción eficiente de la representación originaria no abreaccionada, quedando su afecto imposibilitado en su curso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica*”<sup>67</sup>. Es decir que hasta este momento el recordar para abreaccionar era alcanzado a través de hipnosis o sugestión.

En un segundo momento se sirve de la asociación libre en vez de la hipnosis, la interpretación por parte del analista de las ocurrencias del analizado le informan la evidencia de los contenidos reprimidos. Se continúa preguntando

---

<sup>66</sup> Ibid. Pág. 291.

<sup>67</sup> S. Freud “*Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893). Pág. 42.

por la etiología pero en su lugar importa ahora el esfuerzo del paciente por vencer el efecto de la censura que se interponía en las libres ocurrencias. Pero finalmente entre la pugna entre paciente y médico por deducir los contenidos patógenos reprimidos, opta por conformarse con los elementos psíquicos que el paciente pone en juego y utiliza la interpretación para mostrarle al enfermo los resultados de su indagación analítica y sus medios para hacer conciente lo patológico. Se trata de vencer las resistencias y recordar, se trata de recordar y repetirse en el recuerdo, repetirse para verse bien y re-elaborarse.

Freud en “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” (1910[1909]). Termina corroborando que los recuerdos olvidados no se encontraban perdidos, eran posesión del enfermo y pronto a aflorar en asociación por lo sabido por él, pero resulta ser que había una fuerza que los obligaba a permanecer inconscientes... “Uno sentía como *resistencia* del enfermo”

### **III.5. Cultura y síntoma**

Freud en su artículo acerca de “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna” toma el punto acerca de las “*genuinas formas de enfermedad nerviosa teniendo presente el influjo nocivo de la cultura, sofocando la vida sexual de los pueblos de cultura por obra de la moral sexual “cultural” que en ellos impera*”<sup>68</sup>.

El psicoanálisis, como procedimiento de indagación, permitió inferir que “*los síntomas de afecciones tales como la neurosis histérica, obsesión, son psicógenos, dependen de la acción eficaz de unos complejos de representaciones*

---

<sup>68</sup> S. Freud “*La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XI (1908). Pág 166.

*(reprimidas) inconscientes, llegando a la conclusión de la existencia de complejos inconscientes de contenido sexual; brotan de las necesidades sexuales de seres humanos insatisfechos y figuran una suerte de satisfacción sustitutiva”<sup>69</sup>. Desplazan sus metas a factores patógenos que perjudican su vida sexual.*

Refiere que *“la cultura se edifica sobre la sofocación de pulsiones, cada individuo ha cedido un fragmento de su patrimonio, de las inclinaciones agresivas y vengativas, vindicativas de su personalidad; de estos aportes ha nacido el patrimonio cultural de bienes materiales e ideales”<sup>70</sup>. Ahora bien son para Freud las pulsiones sexuales las responsables de poner a disposición del trabajo cultural la fuerza y el poder desplazar su meta sin sufrir disminución en su intensidad, se trata de una permutación de la meta sexual originaria por otra a lo que se llama *sublimación*. Pero bien puede ocurrir que suceda lo contrario, una fijación de la pulsión, no siendo valorizable, produciendo anormalidades. Pero...¿cómo se da el desarrollo de la pulsión sexual?*

Dice: *“Sucede que la pulsión sexual en sus orígenes no está al servicio de la reproducción, sino que tiene por meta la ganancia de placer. Así se exterioriza en la infancia, donde obtiene en genitales y otros lugares del cuerpo (zonas erógenas) su meta de alcanzar placer y puede prescindir de otros objetos. A este estadio lo llama autoerotismo, y la educación tiene la tarea de limitarlo porque la permanencia en él haría que la pulsión sexual no se pudiera gobernar. El desarrollo de la pulsión sexual pasa luego del autoerotismo al amor de objeto, y de la autonomía de las zonas erógenas a la subordinación de ellas bajo el primado de los genitales puestos al servicio de la reproducción. En todo este desarrollo una parte de la excitación sexual brindada por el cuerpo propio es inhibida por inutilizable para la reproducción y en casos favorables se la dirige a la sublimación, al sofocar estos elementos perversos de la excitación sexual se*

---

<sup>69</sup> Ibid. Pág. 167.

<sup>70</sup> Ibid. Pág. 168.

*consiguen las fuerzas para el trabajo cultural. En cuanto a la historia del desarrollo de la pulsión sexual podrían diferenciarse tres estadios culturales:*

- *al quehacer de la pulsión sexual le son por completo ajenas las metas de la reproducción*
- *de la pulsión sexual es sofocado todo salvo lo que sirve a la reproducción*
- *sólo se admite como meta sexual la reproducción legítima. Siendo este tercer estadio el que corresponde a nuestra moral sexual cultural del presente”<sup>71</sup>.*

Refiere que el contraer una neurosis su incremento en nuestra sociedad se debe a la mayor limitación sexual...cuanto más severa haya sido la crianza de una mujer, cuanto más seriamente se haya sometido al reclamo cultural, en el conflicto entre sus apetitos y su sentimiento de deber, buscará su amparo en la neurosis. Pero resulta que la neurosis arruina el propósito cultural, ya que a mayor obediencia a la educación impuesta mayor será la nerviosidad viéndose perturbada la capacidad del individuo para producir y gozar de su vida.

Aclarando un poco lo dicho Freud en la “Sexualidad en la etiología de la neurosis” cree que hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, con factores de naturaleza infantil; en la infancia se adquieren los gérmenes de una posterior afección. Dirá que *“las fuerzas pulsionales sexuales deben almacenarse en el ser humano para que, liberadas en la época de la pubertad, puedan servir luego a grandes fines culturales, teniendo en cuenta estos nexos es que las vivencias sexuales de la infancia tengan un efecto patógeno “retardado” que sobreviene luego de la maduración; arrancando de las huellas psíquicas que dichas vivencias dejaron como secuelas”<sup>72</sup>.* A la injerencia de esas vivencias

---

<sup>71</sup> Ibid. Pág. 169.

<sup>72</sup> S. Freud “La sexualidad en la etiología de la neurosis”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo III (1898). Pág 273.

sexuales tempranas sigue ahora una reacción psíquica anormal: se generan formaciones psicopatológicas.

# **CAPITULO IV**

## **“CUERPO Y SEXUALIDAD FEMENINA”**

#### IV.1. Cuerpo

“Nuestro cuerpo es lo primero que nos identifica y nos distingue de los otros.

Es este cuerpo con el que nos expresamos, nos relacionamos.

Es este cuerpo con el que trabajamos, con el que disfrutamos o con el que sufrimos, con él enfermamos, con el que damos calor y afecto a los demás.

Es este cuerpo con el que vivimos y damos vida.

Este cuerpo tan nuestro que es el resultado de lo que heredamos de nuestros padres, de las condiciones en que hemos crecido y en las que vivimos...

**Nada es tan nuestro como nuestro propio cuerpo”**

Rosario Murillo.

Es explícitamente sobre el cuerpo que tiene lugar el cáncer de mama y ahondando aún más en la enfermedad están comprometidas aquellas partes que el sujeto no reconoce como formando parte de su cuerpo, “*el organismo biológico le es esencialmente extraño*”<sup>73</sup>, vemos que las partes internas de este órgano “mama” para la mujer le son ignoradas.

“*Sigmund Freud había observado en su práctica la desaparición de sufrimientos neuróticos como consecuencia de la manifestación de una grave enfermedad orgánica. Un padecimiento queda sustituido por otro y vemos que de lo que se trataba era de poder conservar cierta medida de dolor...se trataría de las ventajas de la enfermedad. La verdadera novedad por Freud no fue descubrir vinculaciones entre las corrupciones del cuerpo y las morales sino, el compromiso del propio sujeto en el malestar: su propia complicidad con el dolor*”<sup>74</sup> Continúa haciendo referencia a la consistencia que le da la enfermedad a la persona, “*el sujeto encuentra un lugar en el mundo a partir de una enfermedad [...] el neurótico preguntándose por su propio ser, enseña un sujeto que carece*

---

<sup>73</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Ed. Manantial. Buenos Aires. (1996). Pág. 43.

<sup>74</sup> Ibid. Pág. 45.

*de suficiente consistencia y que busca obtenerla; sólo trata de ser alguien”*<sup>75</sup> y surge que sólo a través de perturbaciones del equilibrio biológico, de su propio organismo es que consigue encontrar sustento a su inconsistencia psíquica.

En la obra de Freud se observa el abordaje que éste hace acerca del “cuerpo”. En su bibliografía, no podemos dejar de mencionar a conceptos tales como, síntomas conversivos, desarrollo sexual, autoerotismo, narcisismo, inconsciente; los cuales desarrollaremos a continuación.

#### **IV.2. Sexualidad**

Desde esta teoría “sexualidad” hace referencia a excitaciones y actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental.

Poniendo esta idea en términos pulsionales se trataría de pensar cómo Freud expuso su ideación pulsional, teniendo en cuenta que la pulsión sexual se separa a partir del funcionamiento de los grandes aparatos que aseguran la conservación del organismo. En un primer tiempo, sólo se le puede apreciar como suplemento de placer aportado secundariamente en la realización de la función. En un segundo tiempo este placer secundario será buscado por sí mismo, aparte de toda necesidad de alimentación independientemente de todo placer funcional, sin objeto exterior.

Zona erógena y autoerotismo constituyen para Freud las principales características que definen la sexualidad infantil. La sexualidad se va estableciendo a lo largo de la historia individual

---

<sup>75</sup> Ibid. Pág. 46.

### IV.2.1 Desarrollo sexual

El niño tiene sus pulsiones y quehaceres sexuales desde el comienzo y desde ahí, a través de su desarrollo en etapas, surge la sexualidad normal del adulto.

Como ya sabemos la pulsión sexual del niño independiente de la función de la reproducción, obedece a la ganancia de diversas clases de sensaciones placenteras. La principal fuente de placer sexual infantil corresponde a la excitación de lugares del cuerpo estimulables: genitales, boca, ano, uretra, piel y superficies sensibles. Esta primera fase de la vida sexual infantil corresponde al **autoerotismo** ya que la satisfacción se halla en el propio cuerpo, prescindiendo de un objeto ajeno, considerando como **zonas erógenas** a los lugares significativos para la ganancia de placer.

Junto a estos y otros quehaceres autoeróticos, desde muy temprano se exteriorizan en el niño aquellos componentes pulsionales del placer sexual o también dicho, de la libido, que tienen por premisa una persona ajena en calidad de objeto.

Otros quehaceres sexuales del niño caen bajo la elección de objeto, se trata de una persona ajena puesta en valor por su ligazón con la pulsión de autoconservación. No hay aún una diferencia de los sexos puesta en juego.

En la vida sexual del niño surge que cada una de las pulsiones se procura su placer con independencia de todas las otras, experimenta una síntesis y una organización siguiendo dos direcciones, considerando que en la época de la pubertad queda plasmado el carácter sexual definitivo, estas dos vías serían:

- las pulsiones singulares se subordinan al primado de la zona genital.
- la elección de objeto esfuerza ahora hacia atrás el autoerotismo, todos los componentes de la pulsión sexual quieren satisfacerse en la persona amada.

Pero es importante tener en cuenta que aún antes de la pubertad, se imponen bajo el influjo de la educación represiones de ciertas pulsiones y se establecen poderes anímicos, como la vergüenza, el asco, la moral que persisten como guardianes. Luego en la pubertad sobreviene la corriente de la necesidad sexual, halla en esas formaciones anímicas, resistencias, unos diques que le prescriben su discurrir por los caminos normales y le imposibilitan reanimar las pulsiones sometidas a las represiones.

Resulta importante destacar que la predisposición a las neurosis deriva de un deterioro en el desarrollo sexual; en ellas se ponen en juego los mismos componentes pulsionales que en las pulsiones, pero producen sus efectos desde lo inconsciente, experimentaron una represión afirmándose en lo inconsciente.

Como ya se sabe el niño toma a ambos miembros de la pareja parental, y sobre todo a uno de ellos como objeto de sus deseos eróticos para luego deslizar su libido hacia personas ajenas en la época de la elección definitiva de objeto. Se desprende que el complejo de Edipo con sus ramificaciones constituye el complejo nuclear de toda neurosis entonces.

Retomando este punto es importante destacar que las observaciones clínicas realizadas por Freud acerca de la importancia de los factores sexuales en la causación de la neurosis fueron las que llevaron a efectuar una amplia investigación sobre la sexualidad. Más precisamente fue la indagación en la etiología de la histeria lo que lo guió en esta búsqueda.

El deseo sexual, infantil y reprimido es la primera aproximación al objeto de conocimiento que define el campo psicoanalítico.

En su artículo de “Tres ensayos de una teoría sexual” (1905) pone en cuestión las ideas previas acerca de la sexualidad y lo infantil. *“Forma parte de la opinión popular acerca de la pulsión sexual la afirmación de que ella falta en la infancia y sólo despierta en el período de la vida llamado pubertad. Este error es el principal culpable de la ignorancia acerca de las bases de la vida sexual”*<sup>76</sup>.

Freud en el presente artículo hace referencia a las pulsiones parciales y zonas erógenas, esta sería la primera oportunidad en que apareció en una publicación la frase “zona erógena”, aunque ya se la observó en el historial de “Dora”. Se considera que se creó por analogía con “zona histerógena”. La cual hace referencia a *“aquella región del cuerpo a la que corresponde el asiento de fenómenos sensitivos especiales, calificada por el enfermo de dolorosa, esta región aparece libidinizada y su excitación provoca reacciones parecidas a las que acompañan al placer sexual y que pueden llegar hasta el ataque histérico”*.

<sup>77</sup> En Tres ensayos sobre la teoría sexual subrayó el hecho de que zonas erógenas y zonas histerógenas presentan los mismos caracteres. Mostró que cualquier región del cuerpo se podía convertir a su vez en zona erógena por desplazamiento, el cual depende de la historia personal del sujeto.

Luego prefiere utilizar directamente el término zona erógena, considerando que corresponde a *“toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. Toda región del revestimiento cutáneo mucoso puede funcionar como zona erógena, y Freud extiende incluso la propiedad llamada erogeneidad a todos los órganos internos. Todo el cuerpo sería una zona erógena. Pero algunas zonas parecen predestinadas a esta*

---

<sup>76</sup> S. Freud. “Tres ensayos de teoría sexual”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo VII. (1.905). Pág. 157

<sup>77</sup> Laplanche y Pontalis. “Diccionario de Psicoanálisis”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1.996). Pág 476.

*función. En la actividad de succión, la zona oral se halla fisiológicamente determinada a su función erógena; en la succión del pulgar, este último participa en la excitación sexual como una segunda zona erógena [...]. Las zonas erógenas son fuentes de pulsiones parciales (autoerotismo); determinan cierto tipo de fin sexual”<sup>78</sup>.*

En el mismo texto continúa. *“Los órganos del cuerpo brindan excitaciones de dos clases...a una de estas clases de excitación la designamos como lo específicamente sexual, y al órgano afectado, como la zona erógena de la pulsión parcial sexual que arranca de él. Esta zona erógena sería el órgano cuya excitación confiere a la pulsión carácter sexual. La otra excitación corresponde a la función yoica de todo órgano, que se alteraría cuando la erogeneidad se incrementa”<sup>79</sup>.*

Sabemos que la boca sirve para comer, comunicarse, besar; los ojos sirven para percibir el mundo exterior, también perciben las características de aquellos objetos que hacen a la elección de objeto amoroso. Freud señala entonces que cualquier órgano del cuerpo tiene la posibilidad de conducirse como un órgano sexual, es decir tener una función erógena. Surge que la erogenización de un órgano puede alterar el funcionamiento del mismo, modificando al cuerpo – organismo, como se puede ver en tantos casos de histeria tratados por Freud.

Estamos ante un cuerpo erógeno que responde al mandato de las pulsiones sexuales y cuyos fines son la satisfacción sexual, concluirá que todo órgano tiene la propiedad de ser erógeno.

Ahora ¿cómo es que se van descubriendo estos lugares del cuerpo? En medio de ésta búsqueda es que nos remitimos al bien conocido chupeteo, como ya dijimos *“en la actividad de succión, la zona oral se halla fisiológicamente*

---

<sup>78</sup> Ibid. Pág 475.

<sup>79</sup> S. Freud. *“Tres ensayos de teoría sexual”*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo VII. (1.905). Pág. 153.

*determinada a su función erógena; en la succión del pulgar, este último participa en la excitación sexual como una segunda zona erógena. Las zonas erógenas son fuentes de pulsiones parciales (autoerotismo); determinan cierto tipo de fin sexual”<sup>80</sup>.*

Se trata de una zona predestinada que nos enseña que *“cualquier otro sector puede prestar los servicios de una zona erógena, conlleva, claro esta, una cierta aptitud [...] el niño chupeteador busca por su cuerpo y escoge algún sector para mamárselo con gusto, después por acostumbramiento, este pasa a ser preferido. Cuando por casualidad topa con un sector predestinado (pezones, genitales), será este el predilecto”<sup>81</sup>.*

*“Esta capacidad de desplazamiento reaparece en la sintomatología de la histeria análogamente, la represión se da en las zonas genitales y éstas prestan su estimulabilidad a las restantes zonas erógenas, estas se comportan en un todo como los genitales; como ocurre en el caso del chupeteo cualquier otro sector del cuerpo puede ser dotado de la excitabilidad de los genitales y elevarse a la condición de zona erógena”<sup>82</sup>,* pudiendo verse perturbadas funciones originariamente no sexuales del cuerpo... pero qué sucede con el estímulo?...Surge que la cualidad de éste es más importante que la naturaleza de las partes del cuerpo.

Freud habla de vías de influencia recíproca diciendo que *“todas las vías de conexión que llegan hasta la sexualidad desde otras funciones tienen que poderse transitar también en la dirección inversa”<sup>83</sup>,* y para especificar este postulado hace referencia a la zona oral, explícitamente los labios sirven para la función nutricia la cual genera una satisfacción sexual,; entonces la nutrición puede ser perturbada cuando son perturbadas las funciones erógenas de la zona.

---

<sup>80</sup> Ibid. Pág. 165.

<sup>81</sup> Ibid. Pág. 166.

<sup>82</sup> Ibid. Pág. 167.

<sup>83</sup> Ibid. Pág. 187.

Continúa “*una parte de la sintomatología de la neurosis que deriva de perturbaciones de procesos sexuales se exterioriza, expresa en perturbaciones no sexuales del cuerpo*”<sup>84</sup>. Por lo tanto las perturbaciones sexuales inundan a las otras funciones del cuerpo.

Uno de los puntos más relevantes de este artículo es que la sexualidad en la vida humana toma un carácter extensivo a otras partes del cuerpo que no se encontrarían originariamente desde la medicina clásica a recibir esta caracterización; incluso estando presente ante una sexualidad infantil. Y desde este punto es que los síntomas de las neurosis investigadas por Freud estarían teñidos de este nuevo avance: entonces cuerpo, sexualidad estarían guiando las investigaciones presentes y futuras en Freud.

### **IV.3. Camino pulsional**

Freud comienza a escribir su artículo de “*Pulsiones y destinos de pulsión*” en 1915; inicia definiendo a la pulsión como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma.

Ya en 1911 estudiando el caso Schreber la definió como un concepto fronterizo de lo somático respecto de lo anímico, representante psíquico de poderes orgánicos; “*en Tres ensayos de teoría sexual de 1905 refiere que la pulsión es “la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir... uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal*”<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> Freud. “*Pulsiones y destinos de pulsión*”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1.915). Pág. 108.

Se trata de un concepto que media entre lo orgánico y lo psíquico, ya que hubo un vacío, falta de unidad entre estos dos aspectos desde los orígenes de nuestra constitución. Sabemos que no hubo completud, se produjo un vacío en la satisfacción y a este vacío cada uno lo significó según sus posibilidades y limitaciones, según su modo particular, y es esta especificidad que nos hace únicos y por lo tanto buscar y movernos en el mundo de un modo exclusivo y peculiar.

Las pulsiones son los motores de los progresos que ha llevado al sistema nervioso a su actual desarrollo. Ahora bien, *“se trata una fuerza constante; no un estímulo que opera de un solo golpe. La pulsión es incontenible, incoercible por acciones de huida”*<sup>86</sup>.

Freud analiza el concepto de pulsión sobre el modelo de sexualidad, pero desde un primer momento en su teoría la pulsión sexual se diferenció de otras pulsiones. Observándose que *“la teoría de las pulsiones fue siempre dualista. El primer dualismo en aparecer fue entre las pulsiones sexuales y las de autoconservación o del yo”*<sup>87</sup>.

Especificando un poco más sobre estas pulsiones es importante destacar que *“las pulsiones sexuales son numerosas brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia, luego se reúnen en una síntesis acabada al servicio de la función reproductiva y allí reciben el nombre de pulsiones sexuales. La meta a la que aspira cada una de ellas es al placer de órgano”*.<sup>88</sup> Éste placer de órgano implica placer anexado a un órgano específico del cuerpo, tratándose de una satisfacción autoerótica de las pulsiones parciales, donde la excitación de una zona erógena encuentra su calma coincidiendo en el lugar en el que se produjo.

---

<sup>86</sup> Ibid. Pág. 110.

<sup>87</sup> J. Laplanche y J. Pontalis. *“Diccionario de Psicoanálisis”*. Ed. Paidós. Buenos Aires. Pág. 326

<sup>88</sup> Freud. *“Pulsiones y destinos de pulsión”*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1.915). Pág. 115.

Volviendo un poco sobre estas pulsiones sexuales es relevante destacar que *“comienzan apuntalándose en las de autoconservación, como así en sus objetos, una parte de ellas continúan asociadas toda la vida proveyéndoles de componentes libidinosos saliendo estos a la luz cuando sobreviene la enfermedad. Ambas pulsiones hacen un papel vicario unas de otras, intercambian objetos; se habilitan para operaciones alejadas de sus metas originarias (sublimación)”*<sup>89</sup>.

Continuando con las pulsiones sexuales, es importante destacar que la meta de la pulsión es la satisfacción que se alcanza cancelando el estado de estimulación que es la fuente de la pulsión. Por objeto de la pulsión se entiende a aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta, no está enlazado originariamente con ella, se le coordina según su aptitud para posibilitar la satisfacción; pudiendo ser una parte de su cuerpo. La fuente sería el proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo. Ahora bien dentro de la vida anímica nos es conocida por su meta.

Las pulsiones sexuales pueden experimentar distintos destinos: trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, la represión, la sublimación

Como ya dijimos el concepto freudiano de pulsión (Trieb) esta en el núcleo de su teoría de la sexualidad. Para Freud, el rasgo distintivo de la sexualidad humana, en tanto opuesta a la vida sexual de otros animales, consiste en que ella no es regulada por ningún instinto (concepto este que implica una relación relativamente fija e innata con un objeto), sino por las pulsiones, que difieren de los instintos por ser extremadamente variables, y en que se desarrolla de modos que dependen de la historia de vida del sujeto. Las pulsiones difieren de las

---

<sup>89</sup> Ibid. Pág 117.

necesidades biológicas en cuanto a que nunca pueden ser satisfechas, y no apuntan a un objeto, sino que más bien giran perpetuamente en torno a él”<sup>90</sup>.

Freud considera hasta aquí a este dualismo pulsional como motivadoras del funcionamiento del organismo. Pero luego de transcurridos 5 años, ya en 1920, Freud escribe “*Más allá del Principio de placer*” vuelve a introducir un dualismo pulsional, haciendo referencia a pulsiones de vida (Eros) y muerte (Thánatos), considerándolas ahora como principios que presiden la actividad del organismo.

Es importante recordar que una pulsión sería un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas; sería una suerte de elasticidad orgánica o, la exteriorización de la inercia en la vida orgánica. Si bien la pulsión implicó cambio, desarrollo; ahora la vemos como conservadora en el ser vivo llevando a la repetición. De este modo Freud distingue a dos tipos de pulsiones, las que buscan la vida y las que buscan conducir esta vida a la muerte.

Bajo la óptica de la libido, la pulsión sexual se nos convirtió en Eros, y las pulsiones sexuales aparecieron como la parte de este Eros vuelta hacia el objeto. Este Eros actuaría desde el comienzo de la vida y como “pulsión de vida” entra en oposición con la “pulsión de muerte” (nacida por la inanimación de lo orgánico y búsqueda de ello). Encontramos que la libido es una expresión de la pulsión sexual; manteniendo un dualismo en el cual la libido aparecía opuesta a otra forma de energía no sexual. La función de la libido es volver inoperante la pulsión de muerte.

---

<sup>90</sup> Evans, Dylan.. “*Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*”. Editorial Paidós. Bs. As. (2005). Pág. 333.

Freud afirma una parte de las pulsiones yoicas ha tomado como objeto al propio yo, es de naturaleza libidinosa. Se trata de que Eros apuntará a la conservación de sí mismo, sintetizará al amor de objeto y al amor yoico.

Resulta importante mencionar que para Freud dentro del aparato psíquico está presente un principio de placer, implica que la actividad es regulada por sensaciones de la serie placer-displacer, estas sensaciones reflejan el modo en el que se dominan los estímulos. El sentimiento de displacer tiene que ver con el incremento de los estímulos y el placer con su disminución. Siendo este principio el que está en función de la pulsión de muerte ya que monta guardia para que nada altere el principio de constancia, para que ningún estímulo proveniente del interior o exterior, aparecidos como peligrosos para las pulsiones, dificulten el curso del tranquilo vivir en este psiquismo.

Freud argumenta que existe algo más que el principio de placer-displacer, como modos de trabajo dentro del psiquismo. Por esto hace hincapié en el más allá del principio de placer, refiriendo que se trata de lo no ligado que insiste y no cesa, búsqueda de algo más, más allá de lo posible y allí nos encontramos con la ya nombrada pulsión de muerte. Tratándose de un placer con displacer

Nos encontramos con un cuerpo que demanda, exige satisfacción y lo hace de un modo insistente. Por momentos se trata de una búsqueda imposible, inalcanzable que lleva a montos de sufrimiento. Pero también es importante tener en claro que con este cuerpo vivimos, con él disfrutamos, existimos y enfermamos.

#### IV.4. Autoerotismo

Freud toma este concepto utilizado por Havelock Ellis quien distinguía en el autoerotismo su forma extrema, el narcisismo, tendencia que en ocasiones presenta la emoción sexual... a absorberse más o menos completamente en la admiración de sí mismo .

Si lo vemos en un sentido amplio se refiere a la cualidad de un comportamiento sexual en el que el sujeto obtiene satisfacción recurriendo únicamente a alguna parte de cuerpo, sin objeto exterior, en este sentido se habla de masturbación como de un comportamiento autoerótico. Desde una mirada más específica se refiere “*a la cualidad de un comportamiento sexual infantil precoz mediante el cual una pulsión parcial, ligada al funcionamiento de un órgano o a la excitación de una zona erógena, encuentra su satisfacción en el mismo lugar, ya sea, sin recurrir a un objeto exterior o bien sin referencia a una imagen unificada del cuerpo, a un primer esbozo del yo, como el que caracteriza el narcisismo*”<sup>91</sup>.

En el artículo ya mencionado de Freud de “Tres ensayos de una teoría sexual” (1905) toma este término para definir la sexualidad infantil y define el autoerotismo basándose en la relación de la pulsión con su objeto: “*La pulsión no se dirige a otras personas; se satisface en el propio cuerpo. En el autoerotismo el objeto de la pulsión cede su lugar al órgano que es la fuente de aquel*”<sup>92</sup>.

En este texto el autor refiere que en los inicios de la vida sexual de las personas puede obtenerse la satisfacción sin recurrir a un objeto...Refiere que el

---

<sup>91</sup> Laplanche y Pontalis. “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1.996). Pág 40

<sup>92</sup> Ibid. Pág. 41.

chupeteo sería un modelo de autoerotismo, sigue a una primera etapa en que la pulsión sexual se satisface en apoyo sobre la pulsión de autoconservación (el hambre) y gracias a un objeto: el pecho materno.

Al separarse del hambre la pulsión sexual oral pierde su objeto y se convierte en autoerótica... *“El origen del autoerotismo de hallaría en el momento en que la sexualidad se desliga del objeto natural, se ve entregada a la fantasía y por esto se crea como sexualidad”*<sup>93</sup>. Como ésta búsqueda de placer más allá de lo fisiológico que luego se plasmara en otros aspectos en la vida de la persona.

Para especificar un poco más sería interesante destacar que el concepto de autoerotismo hace referencia a un estado del organismo en el que las pulsiones se satisfacen cada una por su cuenta, sin que exista una organización de conjunto. A partir de los Tres ensayos, el autoerotismo se define siempre como la actividad de los distintos componentes parciales; se trata de una excitación sexual que nace y se satisface en el mismo lugar, a nivel de cada zona erógena tomada aisladamente (placer de órgano). La actividad autoerótica necesita del contacto de la zona erógena con otra parte del cuerpo (succión del pulgar, masturbación, etc.) pero su modelo ideal es el representado por los labios besándose a sí mismo.

El concepto de narcisismo aclara al de autoerotismo ya que en el narcisismo es el yo, como imagen unificada del cuerpo, el objeto de la libido, y el autoerotismo es el estado anárquico que precede a esta convergencia de las pulsiones parciales sobre un objeto común: en el individuo no existe desde un principio una unidad yoica, el yo debe experimentar un desarrollo.<sup>94</sup> Sucede que las pulsiones autoeróticas existen desde el origen. El autoerotismo sería la coherencia a toda esta actividad pulsional.

---

<sup>15</sup>Ibid.

#### IV.5. Narcisismo, yo y cuerpo

Comenzaremos a hablar de narcisismo y para ello debemos remitirnos a su artículo “Introducción al narcisismo” (1914) en el cual comienza refiriendo que *“el término narcisismo proviene de la descripción clínica y fue escogido por P. Näcke, para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual, lo mira con complacencia sexual; cobrando el significado de una perversión. Pero resulta que el narcisismo no sería una perversión, sino el complemento libidinoso de la pulsión de autoconservación”*<sup>95</sup>.

Ampliando un poco lo dicho sabemos que este término proviene del mito de Narciso, amor a la imagen de sí mismo. El descubrimiento del narcisismo condujo a Freud a establecer la existencia de una fase de la evolución sexual intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal. El sujeto comienza a tomarse a si mismo, a su propio cuerpo como objeto de amor, que le permite una unificación de las pulsiones sexuales

Continúa “la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que llamo narcisismo”. Plantea que nos formamos la imagen de una investidura, libidinal del yo, cedida luego a los objetos, pero en el fondo persiste.

Sucede que fue el estudio de las psicosis el que condujo a Freud a reconocer que el sujeto podía tomar a su propia persona como objeto de amor, (la libido se retrae de los objetos y es vuelta al propio yo) energéticamente *“significa que la*

---

<sup>95</sup> S. Freud. “*Introducción al narcisismo*”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1.914). Pág. 71.

*libido se dirige, inviste al yo como a objetos externos. Y es allí donde se encuentra el origen de la distinción entre libido del yo y libido objetal”<sup>96</sup>.*

*“La libido comenzaría por investir al yo (narcisismo primario), antes de ser enviada, a partir del yo, hacia los objetos exteriores: nos representamos una investidura libidinal primitiva del yo; más tarde, una parte es cedida a los objetos, pero fundamentalmente la investidura del yo persiste y se comporta, respecto a la investidura de objeto, como el cuerpo de un protozoo respecto a los pseudópodos que ha emitido. Este estado primitivo que llama narcisismo primario, se caracterizaría por la ausencia total de relación con el ambiente”<sup>97</sup>.*

Se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores. Esta fase se localiza entre la del autoerotismo primitivo y la del amor de objeto y es simultánea a la aparición de una primer unificación del sujeto, de un yo.

Freud establece la existencia de un equilibrio entre la libido del yo y la libido de objeto: cuando más aumente una, más se empobrece la otra. El yo debe considerarse como un gran reservorio de la libido de donde ésta es enviada hacia los objetos, y que se halla siempre dispuesto a absorber la libido que retorna a partir de los objetos. Es así que el narcisismo no aparecería como una fase evolutiva, sino como un estancamiento de la libido, que ninguna investidura de objeto permite sobrepasar completamente.

*“Al conservar la distinción entre un estado en el que las pulsiones sexuales se satisfacen en forma anárquica, independientemente unas de otras, y el narcisismo, en el cual es el yo en su totalidad que se toma como objeto de amor, nos veremos inducidos a hacer coincidir el predominio del narcisismo infantil con los momentos formadores del yo. El yo se define por una identificación con*

---

<sup>96</sup> Laplanche y Pontalis. *“Diccionario de Psicoanálisis*. Ed Paidós. Buenos Aires. (1.996). Pág 212

<sup>97</sup> *Ibid*. Pág. 229

*la imagen de otro, el narcisismo no es un estado en el que faltaría toda relación intersubjetiva, sino la interiorización de una relación”<sup>98</sup>.*

Retomando un poco a la actividad pulsional, surge que un primer momento Freud hizo referencia a pulsiones sexuales y del yo (autoconservación); la energía de las sexuales se designa como libido y la distinción entre libido objetal y del yo aparece como una subdivisión de las pulsiones sexuales en función de su objeto de investidura. Pero hay que tener en cuenta que posteriormente hay una reformulación en Freud en lo referente a lo pulsional.

Sabemos que introduce el concepto de libido del yo en la misma época en que elabora la concepción tópica del yo. Es en este momento que califica al yo de “gran reservorio de la libido”. El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de ese ideal. Pero, resulta necesario introducirnos en lo que sucede dentro del yo. Surge que no está presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado.

*“Las pulsiones autoeróticas son iniciales y algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica para que el narcisismo se construya”<sup>99</sup>.*

Ahora bien la libido (como energía pulsional) tiene sus fuentes en las diversas zonas erógenas, *“el yo almacena esa energía libidinal, de la cual es el primer objeto; pero el reservorio se comportará respecto a los objetos exteriores, como una fuente, de él emanan todas las investiduras”<sup>100</sup>.*

---

<sup>98</sup> Ibid. Pág. 230

<sup>99</sup> S. Freud. “Introducción al narcisismo”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1.914). Pág. 74.

<sup>100</sup> Laplanche y Pontalis. “Diccionario de Psicoanálisis”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1.996). Pág 212/213

Freud define erogenidad a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulo de excitación. Decide que esta erogenidad es una propiedad general de todos los órganos, según esto considera que hay un aumento o una disminución en una determinada parte del cuerpo. *“A cada una de estas alteraciones de la erogenidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo. Las zonas eróticas serían esos lugares del cuerpo que pueden sustituir a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos”*<sup>101</sup>.

Para Freud era importante indagar acerca del narcisismo y para ello consideró importante tener en cuenta la distribución de la libido en las enfermedades, estudiando enfermedades orgánicas e hipocondría. Es así que considera que *“por sensaciones penosas la persona resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relaciona con su sufrimiento. Mientras sufre, retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar. Continúa “retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse...libido e interés yoico tienen aquí el mismo destino y se vuelven nuevamente indiscernibles. El notorio egoísmo del enfermo los recubre a ambos”*<sup>102</sup>.

Otra vía que encuentra Freud para estudiar narcisismo es la **vida amorosa** del ser humano. Al comienzo la libido yoica quedó oculta tras la libido de objeto. El niño elige sus objetos sexuales tomándolos de sus vivencias de satisfacción. Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación.

*“Las pulsiones sexuales se apuntalan primero en la satisfacción de las pulsiones yoicas, luego se independizan de ellas, ese apuntalamiento sigue mostrándose en el hecho de que las personas encargadas de la nutrición, el*

---

<sup>101</sup> . Freud. *“Introducción al narcisismo”*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1.914). Pág 81.

<sup>102</sup> Ibid. Pág 79.

*cuidad o y la protección del niño devienen los primeros objetos sexuales: siendo la madre o su sustituto”*<sup>103</sup>.

*“Los seres humanos eligen a su objeto de amor según responda a: el narcisista o el de apuntalamiento. Teniendo en cuenta que tiene dos objetos sexuales originarios: él mismo y la mujer que lo crió”*<sup>104</sup>. Esto nos remite al narcisismo primario y secundario: el narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño dirige toda su libido sobre sí mismo.

Resulta entonces que a través de conceptos tales como autoerotismo, narcisismo llegamos preguntarnos por la relación entre la persona con su cuerpo, el cual se relaciona directamente con el yo, y como sabemos a través de este cuerpo es que sabemos acerca de la concentración de la libido sobre un órgano.

#### **IV.6. Indagando acerca de la sexualidad femenina**

##### **IV.6.1 Cultura y feminidad**

Freud definirá cultura como *“toda la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres”*<sup>105</sup>.

---

<sup>103</sup> Ibid. Pág 84.

<sup>104</sup> Ibid. Pág 85.

<sup>105</sup> S. Freud. *“El malestar en la cultura”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XXIII (1930[1929]). Pág 86

<sup>106</sup> Ibid. Pág. 88.

*“Pero en ningún otro rasgo creemos distinguir mejor la cultura que en la estima y el cuidado dispensados a las actividades psíquicas superiores, las tareas intelectuales, científicas y artísticas, el papel rector atribuido a las ideas en la vida de los hombres. En la cúspide de esas ideas se sitúan los sistemas religiosos”<sup>106</sup>. El ser humano usa energía que proviene de la vida sexual para fines culturales, se trata de que las pulsiones toman vías de satisfacción, caminos socialmente aceptados y valorados.*

Como último rasgo de una cultura apreciaremos el modo en que se reglan los vínculos recíprocos entre los seres humanos: *“los vínculos sociales, que ellos entablan como vecinos, como dispensadores de ayuda, como objeto sexual de otra persona (pautas que indican el papel de cada uno en el desempeño de su sexualidad), como miembros de una familia o de un Estado...el elemento cultural está dado con el primer intento de regular estos vínculos sociales. De faltar ese intento, tales vínculos quedarían sometidos a la arbitrariedad del individuo, vale decir, el de mayor fuerza física los resolvería en el sentido de sus intereses y mociones pulsionales”<sup>107</sup>.*

El vivir en comunidad hace que el individuo se vea limitado en cuanto a su poder individual e incivilizado. Los miembros de la comunidad se restringen en sus posibilidades de satisfacción, en tanto que el individuo no conocía tal limitación.

Como se ve la cultura está presente accionando modos de comportamiento en la persona, claro está que la sexualidad no queda fuera de esto. Da pautas, conductas esperables para cada sujeto según su sexo; se trata de un concepto llamado género, el cual es una construcción social, se refiere a las relaciones sociales en cuanto a los roles que mujeres y hombres tiene en la sociedad.

---

<sup>107</sup> Ibid. Pág. 92.

*“Cabe conjeturar que bajo el imperio de una moral sexual cultural lleguen a sufrir menoscabo tanto la salud como la aptitud vital de los individuos, y que a la postre el daño inferido a estos últimos por el sacrificio que se les impone alcance un grado tan alto que por este rodeo corra peligro también la meta cultural última”*<sup>108</sup>.

**Para Freud ser civilizado inevitablemente trae sus costos. La cultura se desarrolla pero no da su avance felicidad total al hombre; crece su malestar a medida que progresa la cultura. ¿Cómo esta cultura repercute en la sexualidad del hombre?**

*“Es indudable que todo aquello con lo cual intentamos protegernos de la amenaza que acecha desde las fuentes del sufrimiento pertenece, justamente, a esa misma cultura”*<sup>109</sup>.

La sociedad y sus lugares asignados a la mujer van a repercutir en la postura y acción de cada mujer en su camino por la vida en áreas tan relevantes y esenciales como son la sexualidad, desarrollo personal, profesional, maternidad; en síntesis **su particular y único modo de ver y vivir su propia vida.**

Nacemos en una cultura que nos preexiste, la cual permite la subsistencia a pesar de sus dolencias impuestas.

La mujer está determinada por un discurso social que prioriza la maternidad, el “instinto maternal” (popularmente dicho) como la realización y una de las cualidades que la hacen un serpreciado y especial. Lo esencialmente femenino lleva directo al camino procreador.

---

<sup>108</sup> Ibid. Pág. 93.

<sup>109</sup> S. Freud. “*La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo IX (1908). Pág 163.

Es innegable que actualmente la mujer ha ido encontrando, a través de la lucha, un desarrollo en el ámbito social innegable y notorio en relación a 50 años atrás.

#### **IV.6.2. Sexualidad y sociedad**

La sexualidad es algo importante en nuestras vidas. Ser sexual es parte de la naturaleza humana, es una dimensión importante de nuestra personalidad. Si bien la sexualidad no lo es todo, es parte vital de nuestra totalidad como ser bio-psico-social.

*“Somos sexuales desde que nacemos hasta que morimos. La sexualidad se expresa a lo largo de nuestra vida, de diversas maneras y de manera diferente en cada una de las personas.”*<sup>110</sup>

Nuestra sexualidad tiene que ver con la capacidad que tenemos para sentir, experimentar, expresar y compartir placer sexual y afecto. El ser humano es un cuerpo dotado de unas estructuras y funciones biológicas que lo habilitan para sentir múltiples sensaciones y emociones, entre ellas las sensuales, sexuales y eróticas, con una pareja del mismo u otro sexo, asociada o no a una función reproductora, condicionada fundamentalmente por el aprendizaje social y cultural.

Nacemos sexuados y aprendemos a ser sexuales, a vivir y expresar la sexualidad, a gozar de placer sexual a través de ciertas prácticas o actividades reguladas por las normas, las actitudes y los valores culturales. Aprendemos un

---

<sup>110</sup> Apuntes CEPAS. Curso “Formación de educadores en sexualidad”. Mendoza. (2009). Pág. 32.

determinado sentido y significado respecto de la sexualidad. Nacemos con un determinado sexo, esta anatomía está bañada por la cultura.

Cada lugar asignado por la sociedad repercute directamente en el ejercicio de la sexualidad otorgando sufrimiento cuando se desconocen las particularidades.

Ahondando en Freud se puede ver que la sexualidad que le interesa al Psicoanálisis es la psicosexualidad, que comienza míticamente con la huella mnémica de la primera experiencia de satisfacción, luego de la cual habrá siempre un anhelo de su repetición.

La diferencia sexual anatómica patentiza la incompletud a la vez que, en el desarrollo más feliz, permite el reencuentro fugaz con el objeto anhelado en la experiencia de la unión sexual.

#### **IV.6.3. Mitos culturales**

Esta cultura también ha creado **mitos**, que son pensamientos colectivos; en general inventos populares, creados con la finalidad de explicar lo inexplicable.

Durante mucho tiempo las mujeres “quedaron encerradas dentro de casa”, con su sexualidad ciega, sorda, muda, enterrada en el silencio y la resignación; el cebo del placer unido al anzuelo de la reproducción las condenó a no conocer sus necesidades, su cuerpo y a **“ser” en función de reproducir hijos**.

Desde que nacen y abren sus ojos a este mundo van recibiendo mensajes que sin darse cuenta las adaptan a un modelo que pide sacrificio, dependencia, pasividad y no posibilita el conocimiento de su cuerpo, y sexualidad. Este

modelo lleva a desconocer la fisiología, el funcionamiento, limita y empobrece todo desarrollo intelectual y corporal, frenando su realización en el mundo.

Las mujeres tienen sensaciones, emociones sentimientos, y problemas que surgen de decidir, disentir, ser dueñas de su cuerpo y de su sexualidad

Los portadores de la cultura siempre tuvieron a flor de labios una prohibición tras otra: concretos permisos y prohibiciones: “no te toques”, “no preguntes”, “no pierdas el control”, la lista de los no es interminable. La de los “sí” es aún más ejemplificadora de lo que la cultura pretende que sea una mujer “se buena y linda, atractiva y sonriente, obediente, complaciente y pasiva”, “hay que tener buena reputación”, “espera siempre la iniciativa del varón (él es el que sabe)”, “debes casarte, si no serás una solterona”, “el sexo es sucio”, etc.

Culturalmente se dice “se hizo mujer” en relación a la menarca y luego en cuanto a la primer relación “te hiciste mujer” “me sentí realizada como mujer luego de dar a luz”. Al transitar por la menopausia “ya no sirvo como mujer, todo se acabó”. Tal vez sean posturas extremas pero cuántas veces escuchadas.

Lo que podemos conceptualizar como “la mujer” es producto de inventos sociales proveniente de diversos mitos que lo alimentan; de éste modo se imponen prácticas y discursos

Al hacer referencia a La Mujer como única y natural construcción se pierde la singularidad de cada mujer. También el monto de sufrimiento es considerable en el caso de aquellas mujeres abatidas por alcanzar estos ideales socialmente aceptados y valorados, vividos con naturalidad y falta de juicio crítico.

Ahora bien qué papel ha ido desempeñando la mujer en esta cultura? Al respecto Freud refiere en su artículo Malestar en la cultura (1930[1929]) “*las mujeres pronto entran en oposición con la cultura. Sustituyen los intereses de la familia y de la vida sexual, el trabajo cultural ha ido convirtiendo cada vez más*

*en asunto de los varones, a quienes plantea tareas de creciente dificultad, constriñéndolos a sublimaciones pulsionales a cuyas alturas las mujeres no han llegado”<sup>111</sup>.*

La mujer se ve empujada a un segundo plano en la vida del varón por las exigencias culturales y entra en una relación de hostilidad con ella.

Con anterioridad la mujer ha estado reprimida sexualmente, ahora la mujer se encuentra en una sociedad que marca actividad económica, necesidad de sustento económico y la actividad en distintos ámbitos; también su rol activo se refleja en la vida sexual, en su satisfacción y búsqueda.

Otro aspecto significativo que demarca el rezago en el descubrimiento de la sexualidad femenina surge de buscar información acerca de la misma y encontrar que hasta el momento se toma como medio para llegar a ella el desarrollo sexual del varón. Desconociendo que se trata de dos seres distintos, no partiendo de las diferencias sino de las similitudes que pueden, sin pretensión alguna, sesgar el estudio del desarrollo sexual femenino.

#### **IV.6.4. Femenidad y la sexualidad femenina**

Al hablar de la feminidad en Freud es necesario referirse a las diferencias con la masculinidad. Encontramos que la descripción freudiana de la diferencia sexual se basa en la idea de que existen ciertas características psíquicas que pueden denominarse “masculinas” y otras que pueden llamarse “femeninas” diferentes entre sí claro está.

---

<sup>111</sup> S. Freud. “*El malestar en la cultura*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XXIII (1930[1929]). Pág. 101.

Freud en su 33ª Conferencia “La Feminidad” (1933) considera que *“aquello que constituye la masculinidad o la feminidad es un carácter desconocido que la anatomía no puede aprehender”*. Tácticamente se habla de masculino=activo y femenino=pasivo, pero Freud lo desaconseja porque existen muchas situaciones alejadas de lo orgánico en las cuales no se aplican.

Las manifestaciones de la sexualidad humana podemos entenderlas a partir de la consideración de la **bisexualidad**. En realidad aconseja aplicar el punto de vista de la bisexualidad a la vida anímica. *“Un ser humano sea macho o hembra se comporta en este punto masculina y en estotro femeninamente”*<sup>112</sup>.

Este concepto es introducido por Freud en psicoanálisis bajo la influencia de Wilhelm Fliess: *“todo ser humano tendría constitucionalmente disposiciones sexuales tanto masculinas como femeninas, que se manifestarían en los conflictos que experimenta el sujeto para asumir su propio sexo”*<sup>113</sup>.

Esta teoría de la bisexualidad se basa en datos de la anatomía y la embriología. Existe un grado de hermafroditismo anatómico normal. En todo individuo se encuentran rastros, huellas del aparato genital del sexo opuesto.

*“En los años 50 el investigador francés A. Jost consiguió demostrar, a través de un original experimento, el protagonismo fundamental del testículo en el proceso de diferenciación sexual de los genitales internos y externos. De este experimento surge el concepto fundamental de que en el proceso gestacional la diferenciación sexual en dirección femenina es la norma y que no es necesaria la presencia del ovario para que esto se produzca. Además, permite concluir que es imprescindible la presencia del testículo para que este desarrollo, en principio*

---

<sup>112</sup> S. Freud. “33ª Conferencia: La Feminidad”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 106.

<sup>113</sup> Laplanche y Pontalis. “Diccionario de Psicoanálisis”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1996). Pág 46.

*neutral (femenino), se diferencie en la línea masculina tanto a nivel de genitales internos como externos”<sup>114</sup>.*

*”Se ha descubierto en forma reciente que todos los embriones que se producen a partir de la fecundación inician su vida como hembras y en la 7ª semana el recién descubierto gen SRY, entra en acción produciendo una proteína que pone en funcionamiento a un 2º gen MIS, encargado de desfeminizar al embrión”<sup>115</sup>.*

*Se trata de “un organismo originariamente bisexual, el cual, en el curso de su evolución, se orienta hacia la monosexualidad, aunque conservando algunos restos del sexo atrofiado”<sup>116</sup>.*

Freud sostuvo la importancia psicológica de la bisexualidad, pero su opinión implica reservas y dudas. Pero sí queda claro que para él esta bisexualidad implica en todo ser humano una síntesis, mejor o peor aceptada, de rasgos masculinos y femeninos.

Sigue siendo poco satisfactorio el querer hacer corresponder conducta masculina con actividad y femenina con pasividad. Un claro ejemplo de esto es el caso de *“la madre quien es en todo sentido es activa hacia el hijo, y hasta respecto del acto de mamar puede decirse tanto que ella da de mamar al niño cuanto que lo deja mamar de ella. Y mientras más se alejen del ámbito estrictamente sexual, más nítido se les volverá el error de superposición (masculina-activo, femenino-pasivo)”<sup>117</sup>*. Otro ejemplo relevante se refiere a la situación de coito donde la que permite entrar a su cuerpo al órgano masculino es la mujer y esta disposición psicológica implica una postura activa, accionaria en cuanto a la apertura de su cuerpo.

---

<sup>114</sup> Apuntes de Centro de Educación, Pareja y Asistencia a la Sexualidad. Curso de Formación de educadores en sexualidad. Mendoza. Año (2009). Pág. 13.

<sup>115</sup> Ibid. Pág. 14.

<sup>116</sup> Laplanche y Pontalis. *“Diccionario de Psicoanálisis”*. Ed Paidós. Buenos Aires. (1996). Pág 46.

<sup>117</sup> S. Freud. 33ª Conferencia: *“La Femenidad”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 107.

Se trata de conceptos que poseen distinta significación según que se consideren a nivel biológico, psicológico, sociológico. Lo cual desarrollaremos más adelante.

Según Freud existe en los individuos tanto mociones pulsionales masculinas como femeninas, pudiendo volverse inconciente tanto una u otra por efecto de la represión. “*Lo que experimenta la represión es lo que va en contra del sexo del individuo (envidia del pene en la mujer, actitud femenina en el hombre)*”<sup>118</sup>.

Sostiene que es como si el individuo no fuera varón o mujer, sino ambas cosas en cada caso, sólo que más lo uno que lo otro.

Pero de dónde es que proviene esta relación de masculino-activo y femenino-pasivo? Freud considera que existe una sociedad que impone esta concordancia. Lo decisivo en la apreciación de una conducta con respecto al esta dualidad son las fantasías subyacentes que sólo pueden descubrirse mediante la investigación psicoanalítica.

Pero buscando más explícitamente la postura de Freud a cerca del desarrollo femenino, encontramos que para él esto es un enigma.

#### **IV.6.4.1. Enigma de la feminidad**

Freud considera a la feminidad como un “**continente negro**”, misterioso. Incluso llega a preguntarse ¿qué desea la mujer?, cuya respuesta fue difícil y casi imposible de hallar.

---

<sup>118</sup> Laplanche y Pontalis. “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1996). Pág 47.

El enigma de la feminidad preocupa a Freud en los últimos escritos, y lo impulsa a hacerse la pregunta “¿Qué quiere la mujer?”. Freud dirá que el psicoanálisis no trata de indagar qué es una mujer, sino lo que le interesa es cómo llega a serlo.

Entonces para Freud el enigma de la feminidad será esclarecido cuando se indague cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño con dicha característica. Considerando en realidad que describir qué es una mujer es tarea imposible para él. Lo que se puede indagar es cómo sucede, llega esta mujer a ser tal. Por eso se hace necesario prestar atención al desarrollo sexual del ser humano.

Ambos sexos recorren las primeras fases del desarrollo libidinal. Pero es necesario indagar con mayor dedicación la **fase fálica** ya que en ella “*la niña es como un pequeño varón, el varón se brinda sensaciones placenteras a su pene conjugando con representaciones del comercio sexual, lo mismo hace la niña con su clítoris, la vagina aún no es descubierta por ambos*”<sup>119</sup>.

Freud introduce a esta fase en 1923. Se trata de una “*fase de organización infantil de la libido que sigue a las fases oral y anal y se caracteriza por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales; pero, a diferencia de la organización genital puberal, el niño o la niña no reconocen en esta fase más que un solo órgano genital, el masculino, y la oposición de los sexos equivale a la oposición fálico – castrado. La fase fálica corresponde al momento culminante y a la declinación del complejo de Edipo, en ella predomina el complejo de castración*”<sup>120</sup>. Por lo dicho se deduce que las aspiraciones sexuales se dirigen a una persona única, elección precoz de objeto, y en ella se busca alcanzar la meta (primer elección de objeto en el estudio de la

<sup>119</sup> S. Freud. 33ª Conferencia: “*La Feminidad*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 109.

<sup>120</sup> Laplanche y Pontalis. “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed Paidós. Buenos Aires. 1996. Pág. 148.

sexualidad). Luego existe una segunda elección de objeto en la pubertad que determina la conformación definitiva de la vida sexual.

Como ya dijimos el desarrollo psíquico de la niña es al principio idéntico al del varón, y sólo difiere posteriormente. La niña en esta fase posee un proyecto de pene “el clítoris”, el cual es un órgano destinado exclusivamente al placer sexual.

La niña comparte con el varón la valorización de los genitales masculinos, claro ejemplo de ello es la posición que buscan adoptar al orinar, intenta imitarlos. En éste momento la sexualidad de la niña tendría un carácter enteramente masculino.

Inmediatamente la realidad anatómica se hace presente y la niña percibe a su clítoris como demasiado pequeño, se siente inferior y no considera que esto sea un carácter sexual. Considera que en un momento tuvo un pene pero luego fue castrada. Pero esta es la última tentativa que lleva a cabo ya que en los primeros momentos niega tal situación, luego considera que en la adultez tendrá un órgano como éste hasta que finalmente llega a pensarlo producto de la castración.

En realidad el objeto de castración es el **falo**. Término utilizado en la Antigüedad, “*donde designaba la representación figurada, pintada, esculpida, etc., del órgano viril, objeto de veneración que desempeñaba un papel central en las ceremonias de iniciación (Misterios). En aquella lejana época, el falo en erección simbolizaba la potencia soberana, la virilidad trascendente, mágica o sobrenatural... la esperanza de la resurrección y la fuerza que puede producirla, el principio luminoso que no tolera sombras ni multiplicidad y mantiene la unidad que eternamente mana del ser*”.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Ibid. Pág. 137.

*“En psicoanálisis el empleo de este término hace resaltar la función simbólica cumplida por el pene en la dialéctica intra- e intersubjetiva, quedando reservado el nombre pene para designar más bien al órgano en su realidad anatómica”.*<sup>122</sup> Se trata de un órgano visible, tangible; hace manifiesta la falta, la incompletud.

A través de una realidad objetiva (realidad corporal) como es la existencia del pene es que se pasa a la realidad psíquica, ya que se hace presente en el psiquismo un mundo que existe más allá de la cosa en sí, lleno de significaciones, valoraciones alejadas de lo concreto en sí. A través de lo dicho se desprende la existencia de lo inconsciente.

La alternativa que se le presenta al sujeto en esta fase consta de estos dos términos: tener el falo o estar castrado, presencia o ausencia del falo. Este término es separable del cuerpo, circular de una persona a otra. Se trata de una percepción. La castración pone al sujeto de frente a la realidad, la cual marca presencias y ausencias posibilidades de tener y perder algo, desear y envidiar lo que el otro tiene.

El falo se inscribe en lo inconsciente a partir de la diferencia, es el **representante** que **sostiene la diferencia entre los sexos**, remite a la castración, se lo tiene o no.

En sus estudios considera que el desarrollo de la niña pequeña hasta la mujer normal es difícil, incluye dos tareas adicionales que no tiene correlato alguno en el desarrollo del varón.

*“En la Fase fálica de la niña el clítoris es la zona erógena rectora; con la vuelta hacia la feminidad el clítoris debe ceder en todo o en parte su sensibilidad*

---

<sup>122</sup> Ibid. Pág. 136.

a la vagina”.<sup>123</sup> - Primer tarea que la mujer tiene que solucionar en su desarrollo (el varón continúa con su florecimiento sexual lo que había llevado a cabo en épocas tempranas).

Si primer objeto de amor era su madre, las primeras investiduras de objeto se producen por apuntalamiento en la satisfacción de las necesidades vitales, pero en el complejo de Edipo es el padre quien deviene en objeto de amor. – Segunda tarea a solucionar en su desarrollo. En el caso del varón vemos que el primer objeto de amor es la madre, lo sigue siendo en el complejo de Edipo y durante toda la vida.

Resumiendo, “*la niña debe trocar zona erógena y objeto, mientras que el varón retiene ambos pasando la niña de su fase masculina a su fase femenina, pasó de la ligazón con su madre a la de su padre*”.<sup>124</sup> ¿Pero cómo es que surge esto? No se puede comprender a la mujer si no se considera la fase de la ligazón-madre preedípica.

Freud sólo habla de **feminidad** cuando la niña ha logrado por lo menos en parte realizar la doble tarea de cambiar de zona erógena directriz (del clítoris a la vagina) y de cambiar de objeto de amor (de la madre al padre).

Esta fase fálica es una fase de evolución de la libido en ambos sexos y ocupa un lugar central, en la medida en que es correlativa del complejo de castración e impone el planteamiento y resolución del complejo de Edipo.

---

<sup>123</sup> Freud. 33ª Conferencia: “*La Feminidad*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 110.

<sup>124</sup> Ibid.

#### IV.6.4.2. Fase preedípica

Los vínculos libidinosos de la niña con la madre atraviesan por tres fases de la sexualidad infantil, cobrando caracteres de cada una de ellas, expresándose mediante deseos orales, sádico anales y fálicos.

Resulta ser que *“la fantasía de seducción en la prehistoria preedípica de la niña la seductora sería la madre, rozando así el terreno de la realidad ya que la madre es quien a raíz de los cuidados corporales provocó sensaciones placenteras en los genitales y hasta las despertó por primera vez.”*<sup>125</sup>

El **primer objeto sexual** del niño es el “pecho materno”. Las primeras experiencias sexuales de la niña con su madre son de tipo pasiva ya que es amamantada, limpiada por ella, cuidada por este otro que recibe el nombre de “mamá”. En un primer momento esta mama le dio alimento lo cual generó una experiencia placentera, por lo tanto irá en búsqueda de repetir esta vivencia y desde allí querrá mamar de forma activa.

En todo este vínculo otro rasgo característico de mociones pasivas es la **culpa** puesta sobre la madre como seductora propiciada por los primeros cuidados impartidos a la niña los cuales generaron sensaciones genitales por los manejos de limpieza. La niña tendrá deseos sexuales hacia su madre, culminando en la masturbación del clítoris. Como máximo deseo está el de hacerle un hijo, parirle un hijo a esta madre.

Pero esta ligazón madre-niña esta destinada a dejar lugar a la ligazón con el padre. Y este extrañamiento en cuanto a la madre se produce bajo el signo de

---

<sup>125</sup> Ibid. Pág. 112.

hostilidad, acabando en odio dicha ligazón. Una parte del mismo se supera y la otra permanece.

Otra fuente de hostilidad desde la fase fálica proviene cuando la madre prohíbe el quehacer placentero con los genitales.

Esta fase no tiene su correspondiente en el varón. Es preedípica porque sobre ella se edifica la ligazón padre. Es de gran importancia ya que prepara a la niña en las cualidades con las que cumplirá luego su papel en la función sexual.

#### **IV.6.4.3. Complejo de castración**

Pero en la niña el desenlace del lazo con su madre se debe a un factor específico que corresponde al complejo de castración. Encontrando que *“la diferencia anatómica entre los sexos se imprimió en consecuencias psíquicas. La niña hace responsable a su madre de la falta de pene y no le perdona tal perjuicio”*.<sup>126</sup>

La castración sería sinónimo de desvalorización para Freud. Es su madre la responsable de no haberla dotado del genital correcto. Se irá alejando de este primer objeto y para Freud un claro ejemplo de ello es el descenso de las aspiraciones sexuales activas y un asenso de las pasivas, suspendiéndose así la ya nombrada masturbación clitorídea.

Pero para comprenderlo mejor es que analizaremos cómo se da este complejo en el varón y en la niña. En el varón este complejo de castración nace luego de la visión de genitales femeninos, *“se entera que el miembro tan*

---

<sup>126</sup> Ibid. Pág. 115.

*estimado por él no es complemento necesario del cuerpo, atiende a las amenazas cayendo bajo el influjo de la **angustia de castración**, siendo esta potente motor para su ulterior desarrollo. El **complejo de castración** en la niña se inicia con la visión de los genitales del otro sexo, sintiéndose perjudicada, le gustaría tener algo así, cayendo presa bajo la **envidia del pene**, bajo huellas imborrables en su desarrollo y en la formación de su carácter sabiendo que para superarlo será necesario un gasto psíquico importante.”*<sup>127</sup> Percibe que el pene no es común a todos, en algunos está y en otros no, de este modo se establece la diferencia en su psiquismo.

Lo que sucede en este momento de desarrollo en la niña es lo que Freud llamará **Complejo de Masculinidad** en el cual la niña tiene la esperanza de recibir en algún momento un pene y de este modo se igualaría al varón. Esto puede conservarse hasta largos períodos o bien sobrevenir una **desmentida**, en la cual la niñita se rehúsa a aceptar el hecho de su castración, se afirma y acaricia la convicción de que empero posee un pene, y se ve llevada más tarde a comportarse como un varón.

Freud sostiene como otra de las consecuencias de la envidia del pene es un **sentimiento de inferioridad** en el cual superado el primer intento de explicar su falta de pene como castigo personal, y tras aprehender la universalidad de este carácter sexual, empieza a compartir el menosprecio del varón por ese sexo mutilado en un punto decisivo, y al menos en este juicio, se mantiene en paridad con el varón.

Aunque la envidia del pene haya renunciado a su objeto genuino, no cesa de existir; pervive en el rasgo de carácter de los **celos**, con leve desplazamiento. Otra consecuencia de la envidia del pene, tiene que ver con el surgimiento de vínculos tiernos con el objeto-madre. La madre, que echó al mundo a la niña con

---

<sup>127</sup> Ibid. Pág. 116.

una dotación insuficiente, es responsable por esa falta de pene. Tras el descubrimiento de la desventaja de los genitales, pronto afloran los celos hacia otro niño a quien la madre supuestamente ama más, con lo cual se adquiere una motivación para **desasirse de la ligazón-madre** (los vínculos tiernos hacia la madre se debilitan).

La angustia de castración tiene que ver con aquello que se tiene y se valora, más allá de lo biológico; se trata de que hay algo que se puede perder, por lo tanto no se tiene todo, no existe la completud. En la niña está ausente la angustia de castración. Este es el motivo fundamental que lleva al varón a superar el complejo de Edipo.

Sabemos que se aferra por largo tiempo al deseo de tener algo así y el cumplimiento de ese deseo se ha conservado en lo inconciente con una gran investidura energética.

El descubrimiento de su castración es un punto de desvío en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones posibles en su desarrollo.

1. Una que lleva a la inhibición sexual o a la neurosis.
2. La segunda lleva a la alteración de carácter en el sentido de la masculinidad.
3. La tercera feminidad normal.

Vemos que en la inhibición sexual o neurosis renuncia a la satisfacción sexual y deseos sexuales hacia su madre, provocados por la excitación de su clítoris, reprime también sus aspiraciones sexuales. *“Al comienzo considera su castración como una desventura personal, luego la extiende a otras personas de su mismo sexo y por último a su madre. Su amor se había dirigido hacia su*

*madre fálica, descubre que su madre es castrada, se produce el abandono como objeto de amor”<sup>128</sup>.*

En cuanto a la alteración de carácter en el sentido de la masculinidad se relaciona con el hecho de que *“la envidia del pene ha despertado un fuerte impulso contrario al onanismo clitorídeo y este ni quiere ceder, se entabla una violenta lucha por liberarse, en esta lucha la niña asume ella misma el papel de la madre ahora destruida, expresando su descontento con el clítoris inferior”<sup>129</sup>.* Surge en ella la envidia del pene, se compara con el varón y se siente denigrada en su amor propio, renuncia a la actividad masturbatoria y a la sexualidad en general, como a una buena parte de su virilidad en otros campos.

Ampliando un poco lo dicho, la niña se rehúsa a reconocer el hecho de su falta de pene, con rebeldía refuerza la masculinidad (complejo de masculinidad) que tuvo hasta entonces, mantiene su quehacer clitorídeo y busca refugio en la identificación con la madre fálica o con el padre. De esta manera se evita la de pasividad que inaugura el giro hacia la feminidad. Como operación extrema nos podremos encontrar con una elección homosexual manifiesta.

Por último en el caso de orientarse hacia la feminidad normal con el abandono de la masturbación clitorídea se renuncia a una porción de actividad. Prevalece la pasividad, la vuelta al padre se consuma con ayuda de mociones pulsionales pasivas. Este desarrollo allana el terreno a la feminidad. Cuando no es mucho lo que se pierde por represión, esa feminidad puede resultar normal. Alcanzando la forma femenina del complejo de Edipo. Es aquí donde se dan las dos tareas propias del desarrollo femenino en cuanto al cambio de objeto y zona erógena.

---

<sup>128</sup> Ibid. Pág. 117.

<sup>129</sup> Ibid. Pág. 119.

El deseo con el que la niña se vuelve hacia el padre, es el deseo del pene que la madre le ha denegado y ahora espera del padre.

*“La situación femenina sólo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo y bajo equivalencia simbólica el hijo aparece en lugar del pene. Sería importante tener en cuenta que la niña ya deseaba antes tener un hijo en la fase fálica no perturbada era ese el sentido de su juego con muñecas, pero este entretenimiento no correspondía a la expresión de su feminidad propiamente dicha, servía a la identificación madre, en el propósito de sustituir la pasividad por actividad. **Sucede que por el deseo del pene el hijo muñeca deviene un hijo del padre convirtiéndose en la más intensa meta de deseo femenina.** Habría una gran dicha cuando este deseo se cumple en la realidad y más aún cuando ese hijo es varón, trayendo consigo el pene anhelado. “Un hijo del padre” el acento recae sobre el hijo y no insiste en el padre. El antiguo deseo masculino (de poseer el pene) sigue viéndose a través de la feminidad consumada”<sup>130</sup>. Este deseo del pene es un deseo femenino por excelencia.*

Entonces la libido de la niña se desliza, a lo largo de una ecuación simbólica prefigurada **Pene = Hijo**. Resigna el deseo del pene para reemplazarlo por el deseo de un hijo, y con este propósito toma al padre como objeto de amor y la niña deviene una pequeña mujer.

La niña permanece dentro del complejo de Edipo por un tiempo indefinido y culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir como regalo un hijo del padre. Sólo después lo deconstruye y lo hace de manera incompleta. Lo abandona poco a poco porque este deseo no se cumple nunca, es tramitado por la represión. Dando lugar al período de latencia.

---

<sup>130</sup> Ibid. Pág. 119.

En el caso del varón “*el complejo de Edipo no es simplemente reprimido, zozobra bajo el choque de la amenaza de castración. Sus investiduras libidinosas son resignadas, desexualizadas y en parte sublimadas; sus objetos son incorporados al yo, donde forman el núcleo del superyó y prestan a esta neoformación sus propiedades características. El superyó devino heredero del complejo*”<sup>131</sup>.

En la niña nunca “*deviene tan implacable ni tan independiente de sus orígenes afectivos como los exigidos en el caso del varón*”<sup>132</sup>. En el caso de la mujer se trataría de un superyó más lábil.

**El conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos esfuerza** a la niña pequeña a apartarse de la masculinidad y del onanismo masculino, y a encaminarse por nuevas vías que llevan al despliegue de la feminidad.

#### **IV.6.4.4. Complejo de Edipo y Complejo de Castración**

Si bien ya hicimos referencia al complejo de castración ¿qué sucede con el complejo de Edipo y la articulación de ambos en cada sexo?. Como respuesta a este interrogante es que vemos que en esta relación salta a la vista una diferencia entre los sexos.

*“En el complejo de Edipo el varón anhela a su madre queriendo derribar a su padre, se desarrolla a partir de su fase fálica. Pero sucede que la amenaza de castración lo lleva a dejar esa postura. Bajo el peligro de perder el pene el complejo de Edipo es abandonado y reprimido. En la niña sucede que el*

---

<sup>131</sup> Freud. “*Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas entre los sexos*”. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIX (1925). Pág. 275.

<sup>132</sup> Ibid. 276.

*complejo de castración prepara al complejo de Edipo en vez de destruirlo (se trata de una formación secundaria, ya que el complejo de castración lo precede y prepara en el caso de la niña). Al darse la envidia del pene la niña es expulsada de la ligazón-madre y desemboca en la situación edípica como un puerto. Ausente la angustia de castración. Permanece dentro de él un tiempo indefinido, luego lo deconstruye de manera incompleta”<sup>133</sup>. Sabemos que en el pasaje desde la madre hacia el padre la hostilidad del vínculo ambivalente de sentimientos permaneció junto a la madre*

*“La identificación-madre de la mujer permite discernir dos estratos: el preedípico, que consiste en la ligazón tierna con la madre y la toma por arquetipo, y el posterior, derivado del complejo de Edipo, eliminando a la madre y sustituyéndola junto al padre. La fase de la ligazón preedípica tierna es la decisiva para el futuro de la mujer; en ella se prepara la adquisición de aquellas cualidades con las que luego cumplirá su papel en la función sexual y costeará sus rendimientos sociales. En esa identificación conquista también su atracción sobre el varón, reanimando hasta el enamoramiento la ligazón-madre edípica de él”<sup>134</sup>.*

#### **IV.6.4.5. Ultimo recorrido en el desarrollo sexual**

En la pubertad se consuma desde el lado psíquico el hallazgo de objeto, preparado desde la infancia. Freud dirá que en realidad se trata de un reencuentro, ya que en un primer momento su objeto fue el pecho materno, luego pudo integrar este órgano a su madre, a continuación pasa por el autoerotismo y superado el período de latencia se restablece la relación originaria. Recordemos

<sup>133</sup> Freud. 33ª Conferencia: “La Femenidad”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 120.

<sup>134</sup> Ibid. Pág. 124.

que el psicoanálisis dice que “*existen dos caminos para el hallazgo de objeto; en primer lugar el que se realiza por apuntalamiento en los modelos de la temprana infancia, en segundo lugar el narcisista, que busca al yo propio y lo reencuentra en otros.*”<sup>135</sup>

Entonces para Freud el ser humano tiene dos caminos para la elección de objeto: el mismo (tipo narcisista), o la madre que lo crió. En el primero se ama según lo que uno mismo es, a lo que uno fue, o a lo que uno querría ser o a la persona que fue parte de sí mismo propio. En el segundo, según el tipo de apuntalamiento, a la madre nutricia o al padre protector

En la mujer en su desarrollo puberal se observa un acrecentamiento del narcisismo originario. Si la mujer es bella se resarce de la atrofia, se ama a sí misma con igual intensidad con la que el varón las ama. No necesita amar sino ser amada. Son mujeres muy pendientes de su atractivo físico, tomando a la pubertad de base ya que aquí terminan de desarrollarse sus caracteres sexuales secundarios. El tipo de elección de estas mujeres es del tipo narcisistas.

La mujer en la adultez se caracteriza por su alerta y ocupación en lo corporal, “**vanidad corporal**” dirá Freud; la cual parte de la envidia del pene ya que aprecia y sobreestima sus encantos por la original herida narcisista. Para la mujer la necesidad de ser amada es mas intensa que la de amar. En la vanidad corporal de la mujer sigue participando el efecto de la envidia del pene, aprecia más sus encantos como compensación por la originaria inferioridad sexual.

Otra característica es el **pudor**, de este modo oculta sus “genitales defectuosos”. El **masoquismo** también es característico en la mujer, lo cual se deba al sojuzgamiento de su agresión, ya prescripto y socialmente impuesto, dirigiendo sus tendencias destructoras hacia su interior.

---

<sup>135</sup> Freud. “*Tres ensayos de teoría sexual*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1905). Pág. 202

Otro detalle importante a tener en cuenta en esta etapa sigue siendo el la presencia del fuerte deseo femenino de tener un **hijo**, siendo éste característico en las mujeres como ya se dijo. Ahora desean tener un hijo que vendría a ocupar el lugar sustituto de lo que les fue negado en su condición de mujer, como bien sabemos. Surge que su vínculo con el varón estaría dado bajo la comprensión de que es necesario su acoplamiento con él para obtener un hijo.

También puede darse que la mujer desee al varón independientemente del hijo, el deseo del pene se acopla a esto de forma inconciente; desea conscientemente al varón pero inconscientemente desea el pene, trasladando este aspecto de la masculinidad narcisista hacia la feminidad y así se vuelve inofensivo para la función sexual femenina.

Pero no hay que olvidar el caso de tener un **hijo varón**, aquí la satisfacción es enorme, su hijo es el portador de sus ambiciones originarias reprimidas, espera de él la satisfacción de todo aquello que persiste de su complejo de masculinidad. Esto es trasladable al matrimonio, el cual esta asegurado una vez que la mujer hace de su marido un hijo y actúa las veces de madre hacia él.

Volviendo hacia la pubertad es importante recordar que la diferencia entre los sexos, se establece en esta etapa. Se separa tajantemente el carácter masculino y femenino. Cuya oposición influye de manera decisiva sobre la vida de los seres humanos.

Freud dirá “es indispensable dejar en claro que los conceptos masculino y femenino, en la ciencia se encuentran entre los más confusos y deben descomponerse al menos en tres direcciones:

- se los emplea en el sentido actividad y pasividad: se aplica en psicoanálisis proviene de la concepción de libido considerándola siempre

activa, puesto que la pulsión lo es aunque haya una meta pasiva. Existe solo una libido, no puede atribuirse sexo alguno.

- en el sentido biológico: se lo relaciona con semen u óvulo y las funciones que de estos derivan
- en el sociológico: se da por la observación de los individuos masculinos y femeninos existentes en la realidad, prestando atención a las funciones atribuidas por la civilización hacia el hombre y la mujer.

En el ser humano hay una mezcla, como ya dijimos, de masculino y femenino, activo/ pasivo. Las mujeres necesitan ser activas para llevar a cabo actividades de subsistencia y realización personal, como el hombre necesita docilidad pasiva para vivir con sus semejantes en armonía.

En la feminidad se puede hablar de una predilección por metas pasivas, pero para alcanzarlas puede ser necesario un alto monto de actividad. No dejando de pensar en que hay una influencia cultural de fondo en el fomento de metas pasivas colocando a la mujer en lugar de “objeto-pasivo” y al hombre en lugar de “sujeto-activo”.

En Freud el desarrollo sexual llegaría a su último punto en la vida sexual adulta. Hay un primado de zona erógena, las pulsiones parciales se subordinan a ella. Se da una organización sólida, el logro de la meta sexual corresponde a la función reproductora. De esta forma se corre el riesgo de creer que la sexualidad queda directamente vinculada en su momento último de desarrollo con la función de la procreación. Lo cual ya se ha dicho que no es así. Parecería que en nuestra sociedad se admite como meta sexual la reproducción legítima. Sería la moral sexual cultural del presente.

Finalmente sería importante decir que lo femenino no tiene representante en lo inconsciente y esto no se da por una falla biológica, a la mujer no le falta nada desde este punto, pero sí desde la lógica fálica. La privación está relacionada con

la posición femenina en cuanto a que la mujer aparece como privada del falo pero no castrada en el sentido estricto del término.

Si se busca saber más acerca de la feminidad dirá Freud *“inquieran a sus propias experiencias de vida, diríjense a poetas, o aguarden hasta que la ciencia pueda darles una información más profunda y mejor entramada”*<sup>136</sup>.

Lo relevante es investigar cómo cada mujer vive desde su particularidad esta situación de ser mujer, cómo encarna la feminidad de cada una desde una búsqueda movilizante.

---

<sup>136</sup> Freud. *“33ª Conferencia: La Feminidad”*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1888). Pág. 125.

# **Capítulo V**

**“Fenómeno Psicossomático.  
Contribuciones de Jaques  
Lacan”**

### V.1. Haciendo historia del concepto “psicosomática”

El **término psicosomática** fue introducido por Heinroth a principios del siglo pasado. Según Wittgenstein (1958) para entender este concepto es necesario conocer el contexto general en el que este ha evolucionado. Es por ello que Winnicott prefiere hablar de psicósoma que puede ser definido como el conjunto de necesidades, impulsos, tendencias y mecanismos reguladores de orden endocrino, neurofisiológico, inmunológico, psicológico y metabólico.

*“La primera condición para que se califique actualmente de psicosomática a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación científica válida y completa”<sup>137</sup>.*

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), refiere a este tipo de fenómenos, bajo la categoría de **trastornos somatomorfos** que sugieren una enfermedad médica, pero luego de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad física. Tampoco se explican por otro trastorno mental. Los criterios que refieren para su diagnóstico son los siguientes:

- *“Uno o más síntomas físicos (como fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales, o urinarios, etc.).*
- *Los síntomas no pueden ser explicados completamente por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de alguna sustancia (abuso de drogas o de otras sustancias).*

---

<sup>137</sup> Raúl Courel. “La cuestión psicosomática”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 17.

- *Los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.*
- *Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*
- *La duración del trastorno es de al menos seis meses.*
- *La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. (como puede ser disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico.)*
- *Los síntomas no se producen intencionalmente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en los trastornos facticios o en la simulación)”<sup>138</sup> .*

Desde la antigüedad existe la tendencia a considerar la **enfermedad** como una cosa en sí misma, originada por una causa única o por una combinación simple de causas, considerado entonces como un ente extraño al individuo y que un factor aislado o aislable es el causante de la misma. Se aprecia entonces la ilusión de que este supuesto factor es el responsable y puede ser atacado, amputado. Resulta ser que gran parte de las actividades de la medicina actual están basadas en este concepto, y muchos médicos continúan eliminando artificialmente de su atención los factores psicológicos y sociales de sus pacientes. Como reacción de este tipo de cosas es que surge en el presente siglo el movimiento psicósomático como un estado mental de muchos médicos que insisten en considerar al hombre en su totalidad.

---

<sup>138</sup> DSM IV. “Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. Barcelona. Ed. Masson. (1995). Pág. 231.

El objeto de estudio de las ciencias médicas era el cuerpo biológico. Pero no pudo negarse que existen determinantes que no son sólo biológicos en el desarrollo de una enfermedad.

En la **medicina antigua** encontramos que hay un alejamiento del actual sistema médico, no siempre lo orgánico fue encarado como un ámbito diferente del anímico. En la historia de la medicina nos encontramos con Hipócrates (460-377 a. C) quien consideraba que había correlaciones entre lo mental y lo físico.

Es relevante también la concepción médica de Aristóteles y Galeno, la cual estuvo presente hasta el siglo XVIII, en la que primaba el concepto de una íntima relación entre el cuerpo y el alma.

*“El crecimiento de las diferentes disciplinas científicas se hizo manteniendo al soma y a la psique en esferas separadas. La vieja unidad del alma con el cuerpo se reeditarán en los nuevos tiempos con otros términos, más acordes a las nuevas concepciones. Ello parece formar parte de la esencia misma del tratamiento médico. Por eso poseen actualidad las razones que dictaron a Hipócrates como padre de la medicina”<sup>139</sup>.*

Fue Hipócrates quien postuló el interrogatorio, la conversación con el paciente, para revelar detalles relevantes del padecimiento y las circunstancias para esclarecer los acontecimientos y vinculación de factores causales. Creía en la posibilidad de una visión integral de la enfermedad y de la persona que la padecía, apostando siempre a la atención humanística.

Algunas de estas ideas están presentes en la actualidad en nuevas disciplinas, este sería el caso de la actualmente llamada **medicina psicosomática**. El término de medicina psicosomática no aparece hasta el siglo XIX curiosamente cuando el Modelo Biomédico actual se consolida. En el siglo

---

<sup>139</sup> Raúl Courel. “La cuestión psicosomática”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 31.

XX autores como Freud, Cannon, Wolkk, Paulov, Weizsäcker, abrieron distintas líneas de investigación que permitieron el nacimiento de la medicina psicosomática.

Desde este punto la psicosomática, a pesar de todas sus confusas y diferentes teorías, constituye una disciplina y modo de pensar a la medicina misma, ya que se dedica a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos

Resumiendo entonces la medicina psicosomática es una manera de practicar la medicina que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico tratamiento y prevención de toda enfermedad.

Entre algunos de los exponentes más importantes que hicieron auge en lo que se refiere a la “medicina psicosomática”, puede encontrarse a Lipowsky, que, en 1969, formula postulados básicos en medicina psicosomática tales como:

1. la salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre ambos.
2. Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, pueden repercutir en todos los demás niveles
3. El diagnóstico médico debe considerar la situación total del paciente
4. Deben tenerse en cuenta factores psicosociales al plantear medidas alternativas y terapéuticas
5. La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

Ahora bien, aún hasta hoy se discute y plantea el propio campo de la psicosomática dentro de las ciencias médicas; lo que sí se reconoce es la

medicina psicosomática pero ésta parece inconexa, independiente, como una rama aislada en la práctica médica.

Desde ésta visión el cáncer de mama es considerado una enfermedad psicosomática. En varios artículos leídos que han estudiado el tema refieren que este padecimiento se encuentra significativamente vinculado con personas que sufrieron pérdidas, duelos recientes y que no han sido correctamente elaborados.

Dentro de la medicina la línea que se especializa en el cáncer es la **oncología** es la especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer.

*“El término Oncología deriva del griego onkos (masa o tumor) y el sufijo -logos-ou (estudio de). La oncología se ocupa de el diagnóstico del cáncer, tratamiento del cáncer (cirugía y terapias no quirúrgicas, como la quimioterapia, radioterapia y otras modalidades), seguimiento de los pacientes de cáncer tras el tratamiento correcto, cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, aspectos éticos relacionados con la atención a los enfermos con cáncer, estudios genéticos, tanto en la población general, como, en algunos casos, en familiares de pacientes (pueden estar indicado en algunos tipos de tumores, en los que se conocen las bases hereditarias). Los oncólogos que atienden a pacientes se conocen como oncólogos clínicos”<sup>140</sup>.*

En la Oncología Clínica ha habido un reconocimiento explícito de que para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención al paciente de cáncer se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica.

De ésta idea se desprende el surgimiento de la Psicooncología, la cual consiste en la aplicación de la Psicología de la Salud al cáncer. Considerando que

---

<sup>140</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Oncolog%C3%ADa>

para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención al paciente de cáncer se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica.

Por otro lado, “*el desarrollo de la Psicooncología se ha visto impulsada por las aportaciones de la Psicología y disciplinas afines en las siguientes áreas:*

- 1º El desarrollo de la Psicología de la Salud, que aporta modelos biopsicosociales, métodos de evaluación e intervención psicológica en el área de la salud y enfermedad.*
- 2º El avance en el estudio del estrés, personalidad y la emoción en el cáncer.*
- 3º La investigación en Psiconeuroinmunología, que estudia la interacción entre procesos psicológicos, la inmunología y el sistema neuro-endocrino.*
- 4º La constatación de la eficacia del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida, disminuir las reacciones adversas de estrés, ansiedad y depresión, así como mejorar la adaptación de los pacientes de cáncer y sus familiares; e incluso estudios en los que factores psicológicos podrían predecir la supervivencia”<sup>141</sup>.*

Resumiendo los objetivos de la Psicooncología van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psicooncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo.

---

<sup>141</sup> <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0303110009A.PDF>.

## V.2. Mirada desde el psicoanálisis

El **Psicoanálisis** postula que existe la posibilidad de que distintas afecciones y padecimientos del organismo estén vinculadas con la esfera anímica.

Se padece de un modo único y particular, desde lo característico de cada sujeto; las singularidades de cada padecer son la materia propia del Psicoanálisis. *“Ello no es ajeno a la cultura: Lacan enseñó – siendo al respecto un continuador de Freud- que el psicoanálisis es inconcebible al margen de la cultura en la que se impone la ciencia moderna”<sup>142</sup>.*

*“Es claro que el organismo estudiado por la anatomía, la fisiología, la biología y la semiología médica constituye un sistema en el cual el sujeto no es dato que deba hacerse presente”<sup>143</sup>.*

La medicina como el Psicoanálisis consideran que detrás de un dolor hay una persona, un sujeto que sufre y su enfermedad lo incluye e involucra. Sólo que desde el Psicoanálisis se tiene en cuenta a un sujeto inconsciente, situación ésta no considerada por el ámbito médico.

Dentro de los principales exponentes de este movimiento nos encontramos con Sigmund Freud quien realizó estudios fundantes para las investigaciones de los fenómenos psicosomáticos, tales como síntomas conversivos, pulsión, entre otros.

---

<sup>142</sup> Raúl Courel “La cuestión psicosomática”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 27.

<sup>143</sup> Ibid.

Siguiendo esta teoría se encuentra a Jacques Lacan quien introduce términos tales como holofrase, cuerpo imaginario, simbólico y real, el inconsciente estructurado como un lenguaje, siendo el ser humano atravesado por el lenguaje, y el inconsciente una estructura de significantes. Toda comunicación humana esta inscrita en una estructura lingüística y la meta de la cura es articular la verdad del propio deseo en palabras, y la regla fundamental del psicoanálisis insiste en que la palabra es el único camino para esta verdad, considerando incluso que la palabra es la principal herramienta con la que cuenta un analista de allí la importancia en comprender de qué modo opera la palabra y el lenguaje.

### **V.3. Dos conceptos claves: mente y cuerpo**

En la palabra psicósomática, se entiende la existencia de los conceptos “psique” y “soma”.Cuál es su naturaleza y de qué manera precisa se relacionan es objeto de controversia aún hasta estos días.

Se puede observar cómo la temática de los fenómenos psicósomáticos deja interrogantes e incógnitas que el análisis científico no ha podido resolver aún hasta estos días.

Existen desde distintas teorías, formulaciones sobre el tema pero hasta hoy ninguna de ellas puede dar cuenta de dicho fenómeno de un modo acabado.

Resulta que hay una separación entre el método experimental y conceptualizaciones filosóficas, de lo que resulta aplicable al problema de la relación mente-cuerpo. Pero la conceptualización adoptada va a influir en la orientación que cada investigador psicósomático dé a su trabajo.

En el pensamiento médico contemporáneo pueden distinguirse varios modelos conceptuales de la relación mente-cuerpo ejerciendo influencia cada uno en los especialistas en psicósomática. Pero ninguno de ellos debe ser considerado definitivamente acabado. Entre ellos nos encontramos con el materialismo, idealismo, interaccionismo, paralelismo, unitarismo bimodal, transformismo. Lo relevante es no colocar al “soma” y a la “psique” en esferas totalmente separadas.

Haciendo un poco de historia nos encontramos con médicos encargados de dar calma o eliminar la afección de sus pacientes, pero no prestaban atención al decir de éste, a la queja y a su discurso en cuanto a su padecimiento. El sujeto sería atendido y entendido sólo desde su aspecto biológico, siendo reducido a la concepción de organismo. En cuanto a esto Lacan postula que el psicoanálisis se va a ocupar del sujeto que la ciencia deja de lado.

Otros autores abocados al estudio de la psicósomática son: **Pierre Marty**, quien tomando a la primer tópica de Freud, considera que el aparato psíquico se estructura según tres sistemas: inconsciente, preconscious, consciente; desde este principio formula que en el paciente psicósomático las funciones del preconscious fallan, la función de ligazón esta quebrada, el inconsciente se encuentra como aislado, no siendo representado en la consciencia, ya que aquello que está en el inconsciente sólo viene a la consciencia a través del pensamiento y el lenguaje. Lo psicósomático no sería la expresión de un síntoma en el cuerpo, no es neurótico. Como síntomas funcionales describe malestar subjetivo sin causa orgánica demostrable, alexitimia (no puede expresar en palabras el afecto) y el síntoma funcional por excelencia sería la cefalea.

**Franz Alexander**, dio gran impulso al movimiento psicósomático en el mundo entero; junto con sus colaboradores del instituto Psicoanalítico de Chicago definen a los trastornos psicósomáticos como disfunciones orgánicas provocadas por perturbaciones emocionales reprimidas, postulando que los afectos tienen gran influencia en cualquier enfermedad orgánica.

Se sabe que la llamada por algunos “medicina psicosomática” entró en su fase científica después de los aportes de **Freud**; la revolución psicoanalítica permitirá establecer los principios psicodinámicos que gobiernan y organizan la concepción de individuo. Uno de los conceptos a tratar, desde esta perspectiva, es el síntoma sin poder separarlo, en Freud, de nociones como formación de compromiso o conflicto interno. El síntoma hace referencia a algo que hay que descifrar, lo que se encuentra por detrás.

En la obra de **Lacan** la palabra “síntoma” se refiere a los síntomas neuróticos. Cuya meta no es la remoción de los síntomas neuróticos, puesto que cuando un síntoma neurótico desaparece por lo general lo reemplaza otro. Lacan sigue a Freud al afirmar que los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente, y que siempre constituyen una transacción entre dos deseos conflictivos.

La originalidad de Lacan reside en que entiende los síntomas neuróticos en términos lingüísticos: *“el síntoma se resuelve enteramente en un análisis del lenguaje porque el síntoma está en sí mismo estructurado como un lenguaje. A lo largo de su obra Lacan relaciona al síntoma con diferentes rasgos del lenguaje; en un primer momento considera que el síntoma es un significante, luego lo identifica con la significación, posteriormente lo describe como una metáfora “siendo el síntoma una metáfora en la cual la carne es tomada como elemento significante”, finalmente lo termina viendo como puro goce que no puede ser interpretado, como un mensaje que viene de lo real en lugar de reconocerlo como propio”*<sup>144</sup>.

En el paciente psicosomático no se trata de síntoma conversivo sino de una lesión que afecta el cuerpo como real.

---

<sup>2</sup> Evans, Dylan. “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Editorial Paidós. Bs. As. (2005). Pág. 102.

Por un lado los síntomas serían un llamado al Otro y en los fenómenos psicosomáticos lo que sucede es que hay un esquivamiento al Otro del significante, por lo que no puede ser leído como un llamado.

El sujeto desconoce tanto el sentido de ese síntoma como los significantes que lo determinan.

Resumiendo, el punto a investigar se refiere a cómo el paciente que padece la enfermedad culturalmente más asociada con la muerte como es el cáncer de mama, puede habérselas con el goce que lo mortifica. Sabiendo que el goce queda fijado a una parte del cuerpo. Siendo de gran importancia indagar cómo convierte a ese goce - como lo expresa en una “pregunta sobre el deseo.”

*“Este sujeto que no aparece contrayendo enfermedades sino provocándolas, constituye en verdad la cuestión de la que se ocupa el psicoanálisis”*<sup>145</sup> no existen enfermedades para el psicoanálisis sino un sujeto que las toma como propias usándolas para generarse consistencia “soy alérgico” dirá; le da la posibilidad de ser alguien, algo, encuentra su lugar a partir de ella. La enfermedad para el psicoanálisis interesa en cuanto a lo que representa en las dimensiones de subjetividad.

*“El médico brasileño J. De Mello Filho, considera que toda enfermedad humana es psicosomática ya que incide en un ser siempre provisto de soma y psiquis, inseparables, anatómica y funcionalmente”*.<sup>146</sup>

Existe un espacio vacío entre ambas ciencias, la medicina y el psicoanálisis, pero se hallan elementos que pueden servir como puntos para disparar investigaciones acerca del soma y la psique, no haciendo abordajes que atomicen al sujeto.

---

<sup>145</sup> Ibid. Pág. 46.

<sup>146</sup> Raúl Courel. “La cuestión psicosomática”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 32.

#### V.4. Acerca del término psicossomático

En nuestro **discurso** popular referimos psicossomático a aquellos casos de patologías de las que no tenemos noticia acerca de su causalidad. Comúnmente con él hacemos referencia a la dualidad entre lo psíquico y lo somático.

Desde este punto existiría una separación entre ambos, dando por sentado que por un lado opera lo psíquico y por otro lo anatómico, corporal. Frente a esto es que se busca vincularlos, relacionarlos, crear un puente entre ellos a través del uso de la palabra “psicossomático”.

Parecería que a través de la expresión “psicossomática” se significa algo en donde no había significación alguna. Esta separación propone una desidentificación del sujeto respecto del cuerpo que afecta la consistencia imaginaria que allí encuentra.

*“La psicossomática pone de manifiesto un fantasma que llena el vacío dejado por la ciencia en el cuerpo, no en el organismo, que es un vacío de goce. Añadamos que ese llenado es efectuado con mitos cuyos contenidos pueden ser muy diversos”<sup>147</sup>.*

Lo psicossomático sería una ficción que se observa en el discurso, buscando llenar con consistencia semántica el vacío producido por la ciencia en el cuerpo del ser hablante. El ser hablante no es capaz de arreglárselas sin ellos.

---

<sup>147</sup> Ibid. Pág. 92.

En su segundo seminario Lacan se refirió a lo psicosomático como una “masa investida de libido en el interior del organismo, de la que... se nos escapan tanto sus relaciones internas como su entropía”<sup>148</sup>.

“El inconsciente no deja ninguna de nuestras acciones fuera de su campo...califica de psíquico un efecto del inconsciente sobre lo somático por ejemplo”<sup>149</sup>. De esta forma él rechaza la unificación y establece la diferencia entre lo psíquico y lo inconsciente.

Se tomará en cuenta los supuestos de Alfredo Eidelsztein en “Las estructuras clínicas a partir de Lacan” (2001) quien propone pensar a la “psicosomática como algo distinto de los efectos de lo psíquico sobre lo somático, reservando ese término para designar exclusivamente ciertas y específicas respuestas del sujeto en relación al inconsciente y al deseo en relación con el cuerpo. Sólo para tal fin será utilizada la expresión **respuesta psicosomática**”<sup>150</sup>.

Se busca establecer el significado de la noción psicoanalítica. Para ello propone Eidelsztein establecer diferencias en cuanto a la relación de lo psíquico y lo somático, efectos del inconsciente en el cuerpo, respuesta psicosomática.

Se trabajará pensando en los efectos que produce una demanda que sobrepasado ciertos límites de una función orgánica llega a producir una lesión corporal.

El psicoanálisis aporta a las inquietudes psicosomáticas la añadidura de lo **inconsciente**, considerándolo como otra de las materialidades del organismo, este es anatómico, fisiológico, biológico e inconsciente.

---

<sup>148</sup> J. Lacan. “El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. El Seminario. Libro II. Ed Paidós. Buenos Aires, (1987). Págs. 148.

<sup>149</sup> J. Lacan. “La instancia de la letra en el inconsciente”. Escritos 1. Siglo XXI. Bs. As. (1992). Pág. 494

<sup>150</sup> A. Eidelsztein. “Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan”. Ed. Letra Viva, Bs. As. (2001) Pág. 279.

El sujeto recurre al analista cuando los medicamentos u otros tratamientos fracasaron. El psicoanálisis opera a partir de la muerte, entendida como la pérdida de goce producida por el ordenamiento orgánico mismo.

En la conferencia dada en Ginebra sobre el síntoma, Lacan observa que lo psicosomático “*está en su fundamento profundamente arraigado en lo imaginario*”<sup>151</sup>.

Desde ésta postura no se aborda a lo psicosomático desde el paralelismo psicofísico. Se trataría de una **falla epistemo-somática**. En el campo de la subjetividad lo corporal y lo psíquico se ubican en el nivel del registro imaginario, con sujeción al inconsciente, el cual está estructurado como lenguaje.

“*Lacan percibió que en aquello que hoy llamamos psicosomático se encuentra una falla introducida por la ciencia en la consistencia subjetiva vinculada al cuerpo*”<sup>152</sup>.

Las dolencias referidas como psicosomáticas a menudo corresponden con un fracaso del sujeto en encontrar en el cuerpo una consistencia satisfactoria.

“*El concepto de psicomaticidad cierra así lo que el mismo discurso abre. Ofrece consistencia subjetiva en lugares donde el sujeto no logra encontrarla*”<sup>153</sup>.

Los trastornos psicosomáticos se encuentran mejor situados entre el cuerpo y los órganos que entre la psique y el cuerpo. Siendo psique y soma del mismo orden, la idea de falla epistemo-somática se ubica entre el soma y los órganos. “*Trata de una relación existente entre lo que se habla, se articula, se analiza de*

---

<sup>151</sup> J. Lacan. “*Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Intervenciones y textos*”. 2. Ed Manantial. Buenos Aires. Pág. 140.

<sup>152</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 56.

<sup>153</sup> Ibid. Pág. 92.

*los fenómenos de la vida, con las dolencias que sobrevienen en tal o cual ocasión”<sup>154</sup>.*

No nos preguntamos qué significa el fenómeno psicossomático, sino quién lo provoca.

El aporte principal del psicoanálisis a la dilucidación de las dolencias llamadas psicossomáticas podría resumirse en la constatación de la incidencia sobre el organismo vivo del Ideal y del deseo, conceptos éstos que desarrollaremos próximamente.

Ahora bien cuando aparece la persona manifestando su queja y dolencias refiere sentir las sobre su cuerpo, incluso como dijimos llegan a consulta cuando ya los médicos no pudieron hacer más por sus afecciones corporales. Es por ello que ahora abordaremos qué entendemos por cuerpo y sus afecciones con lo orgánico.

Considerando a Lacan, en los comienzos de su obra le concede una función central en la estructuración del mundo del sujeto, concibiendo al cuerpo en términos de imagen.

Sin dejar de lado que los tres registros se encuentran enlazados en nuestro funcionamiento subjetivo.

---

<sup>154</sup> J.D. Nasio. “*Los gritos del cuerpo*”. Paidós. Bs. As (1996). Pág. 127.

## V.5. La concepción de cuerpo desde el Psicoanálisis

Desde ésta línea se considera que no nacemos con un cuerpo ya constituido, la idea que cada uno llegue a formar acerca de su cuerpo será algo a construir, no se trata de algo dado desde nuestro origen.

Es necesario tener en cuenta que como seres humanos nacemos prematuramente, es decir al nacer no podemos caminar ni hablar, solo existe un dominio apenas parcial de las funciones motoras y son incompletas a nivel biológico.

¿Cómo llega el niño a dominar la relación con su cuerpo?

### V.5.1. Construcción del Cuerpo en el campo imaginario

Es a partir de la *imagen* que Lacan abordará al cuerpo. Dirá que para acceder a un cuerpo es necesario un organismo viviente y una imagen, pero no cualquier imagen, sino una que aporte la creencia de unidad corporal.

Ahora bien, ¿de dónde proviene esta imagen? Para llegar a una respuesta es necesario que nos remitamos al Estadio del espejo, el cual abre el registro de lo imaginario (recibe éste nombre por estar determinado por la función de la imagen).

El **estadio del espejo** proviene de un experimento llamado “test del espejo” permite diferenciar al infante humano del chimpancé “*el niño de seis meses*”

*difiere del chimpancé de la misma edad porque el primero queda fascinado con su reflejo en el espejo, y lo asume jubilosamente como su propia imagen, mientras que el chimpancé comprende rápidamente que la imagen es ilusoria y pierde interés en ella”<sup>155</sup>.*

El estadio del espejo es la traducción de la teoría del **narcisismo de Freud**. La diferencia que Lacan introduce es el espejo como elemento. Se quita la palabra objeto y se coloca un espejo, para Lacan la cuestión se plantea entre un yo y un espejo, entre un pequeño cuerpo prematuro, y una imagen ideal que podrá aprehender.

Se trata de que el niño se identifica con una imagen que esta fuera de él, y puede ser una imagen real en el espejo o simplemente la imagen de otro niño. .

Ya hemos referido que para que se de el pasaje del autoerotismo al narcisismo hace falta una nueva acción psíquica, según Lacan es la Gestalt, imagen totalizante.

Al comenzar a hablar de cuerpo en Lacan es importante remitirnos a su idea de **cuerpo fragmentado**, la cual es una de las primeras aproximaciones a las que llega Lacan y está estrechamente vinculado a lo que él luego trabajará como estadio del espejo. La completud aparente de la imagen da un nuevo dominio del cuerpo.

*“La angustia provocada por esa sensación de fragmentación impulsa la identificación con la imagen especular que lleva a formar al yo”<sup>156</sup>.*

*“El cuerpo fragmentado no designa sólo las imágenes del cuerpo físico, sino también cualquier sensación de fragmentación y de falta de unidad”<sup>157</sup>.*

---

<sup>155</sup> Evans, Dylan. “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Editorial Paidós. Bs. As (2005). Pág. 82.

<sup>156</sup> Ibid. Pág. 60.

<sup>157</sup> Ibid.

Cualquier de estas sensaciones de falta de unidad amenaza la ilusión de síntesis que constituye al yo.

Por el dominio de las funciones motoras y el ingreso en el mundo humano del espacio y el movimiento se paga como precio la alienación esencial. El espejo es el semejante, este otro es el yo. Queda la alienación en la imagen del otro. Por ejemplo si ocupa el lugar de otro niño cuando lo golpeen a éste, llorará; si el otro niño quiere algo él también lo querrá, esta atrapado en una imagen que es ajena y que está fuera de si.

Lacan utiliza esta idea de cuerpo fragmentado para explicar los típicos síntomas histéricos; como ya se sabe la parálisis histérica no respeta la estructura del sistema nervioso, manifiesta en realidad que el **cuerpo esta dividido en una anatomía imaginaria**. Función imaginaria introduce una diferencia entre cuerpo y órgano.

*“El cuerpo en el que el sujeto llega a reconocerse no es el mismo que el de las sensaciones caóticas vinculadas a los órganos de su interior. Este cuerpo, que percibimos en el terreno espacial de los objetos, se diferencia del organismo como conjunto, no necesariamente unificado, de órganos”<sup>158</sup>.*

La ideación acerca del constructo corporal se ubica en el interior, pero siguen existiendo fragmentaciones ya que hay determinadas partes con connotaciones llamativas que son más resaltadas que otras.

Para Lacan representa un aspecto fundamental de la estructura de la subjetividad, se trata de un estadio en el cual el sujeto es permanentemente captado y cautivado por su propia imagen. Señala un momento decisivo del desarrollo mental del niño pero al mismo tiempo determina una relación libidinal con la imagen del propio cuerpo.

---

<sup>158</sup> Ibid. Pág. 66.

Lo más importante de este estadio es que se trata de un drama que se desarrolla entre un cuerpo prematuro y una imagen total idealizante que lo traspasa. El cuerpo no estará a la altura de esa imagen, pero él sabrá aprehenderla libidinalmente hablando.

Recordemos que la **libido** es el elemento fundamental de lo imaginario. Hay dos niveles que la hacen estallar como energía en potencia, el cuerpo prematuro y la imagen idealizante.

Toda vez que se hable de imaginario debe pensarse en la libido, la imagen es solo un medio para que la libido circule. La relación entre el yo y la imagen se sustenta en la libido.

*“Es por la distancia que existe entre un cuerpo disperso y una imagen global que aparece la libido”*<sup>159</sup>. La libido tomará impulso a partir de la diferencia, separación existente entre la imagen total y el cuerpo propio.

Se destaca el júbilo del niño ante su imagen en el espejo, este júbilo es de la libido, es una forma que adopta el objeto. Pero este júbilo del niño debería ser el júbilo del **otro**, de la imagen; es la imagen la que debería regocijarse por ser total y no el niño. Es un júbilo de la especularidad en el otro e insuficiencia del yo en el niño. *“Cuando el niño cae es otro quien sufre el dolor en su cuerpo”*<sup>160</sup>.

El momento de la identificación, en la que el sujeto asume su imagen como propia es descrita por Lacan como un momento de júbilo porque conduce a una sensación imaginaria de dominio *“el júbilo del niño se debe a su triunfo imaginario al anticipar un grado de coordinación muscular que aún no ha logrado en realidad”*<sup>161</sup>.

---

<sup>159</sup> J.D. Nasio. *“Los gritos del cuerpo”*. Paidós. Bs. As (1996). Pág.26.

<sup>160</sup> Ibid. Pág. 157.

<sup>161</sup> Evans, Dylan. *“Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”*. Paidós. (2005). Bs. As. Pág. 82.

Tiene también una dimensión simbólica importante. El **orden simbólico** está presente en la figura del adulto que lleva o sostiene al infante. Luego de haber asumido jubilosamente su imagen como propia, el niño vuelve la cabeza hacia este adulto, quien representa al gran Otro, como si le pidiera que ratificara esa imagen. Este otro especular se encuentra sometido a las regulaciones del Otro del significante

Surge que este estadio describe la **formación del yo** a través del proceso de identificación. El yo es sede del narcisismo. *“Es el resultado de identificarse con la propia imagen especular, la clave de ello radica en el carácter prematuro de la cría humana: a los seis meses el bebé carece de toda vía de coordinación. Su sistema visual está avanzado, puede reconocerse en el espejo antes de haber alcanzado el control de sus movimientos corporales”*<sup>162</sup>. El movimiento de la propia mano por ejemplo, es anticipado por la imagen de su movimiento formada desde la visión del movimiento de la mano del otro.

Como sucede en el estadio del espejo la tarea del yo consiste en mantener una falsa apariencia de coherencia y completamiento.

El bebé ve su imagen como una gestalt, como un todo, pero esta síntesis de imagen genera una sensación de contraste con la falta de coordinación del cuerpo, experimentado como cuerpo fragmentado.

En un primer momento este contraste es sentido como una rivalidad con su propia imagen porque la completud de la imagen amenaza al sujeto con la fragmentación, éste estadio suscita una tensión agresiva entre el sujeto y la imagen. Para resolver esta tensión agresiva el sujeto se identifica con la imagen, esta identificación primaria con el semejante es lo que da forma al yo.

---

<sup>162</sup> Ibid.

Aquellas sensaciones esparcidas se reúnen en una totalidad, “*en forma ortopédica por la cual el yo asume una identidad enajenante*”<sup>163</sup>. Entonces la forma biológica humana debe ser pensada conformada por elementos que le son ajenos, ortopédicos.

“*Las representaciones del propio cuerpo y del yo se constituyen de modo similar a las de un objeto en el espacio imaginario*”<sup>164</sup>. Es decir tanto el cuerpo como el yo son ideaciones a edificar, elaborar.

El estadio del espejo demuestra que el **yo** es el producto del desconocimiento e indica el sitio donde el sujeto se aliena de sí mismo. Representa la introducción del sujeto en el orden imaginario.

A partir de que el yo se reconoce en una imagen las sensaciones provenientes de los órganos del interior del cuerpo serán registradas como exteriores al yo, surge entonces un exterior dentro del interior del cuerpo.

A partir de esta construcción del yo es que se tomará de base para la estructuración de los objetos del mundo, el hombre buscará siempre su unidad utópica, ideal, pero ésta jamás será alcanzada. El yo es ilusoriamente acabado y completo y se construirán objetos de las mismas características.

La construcción de la realidad imaginaria del hombre parte del **ideal del yo**, el cual es una identificación directa y la más temprana. Desde el ideal del yo el sujeto “dirigirá su mirada al espejo.

El **yo ideal** se origina en la imagen especular del estadio del espejo; es una promesa de síntesis futura hacia la cual tiende el yo, la ilusión de unidad que está en la base del yo.

---

<sup>163</sup> J. Lacan. “*El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*”. Escritos 1. Ed Siglo XXI. Buenos Aires. (1949). Págs. 12.

<sup>164</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicósomática*”. Editorial Manantial. Bs. As. (1996). Pág. 66.

El yo ideal siempre acompaña al yo, como un intento incesante de recobrar la omnipotencia de la relación dual preedípica. Continuará siendo fuente de identificaciones secundarias. Aquí se puede situar al yo en cuanto cuerpo, correspondiéndose como primera cualidad la integridad, en la que habrá finalmente de asentarse la noción de salud. A nivel de yo ideal el cuerpo es un cuerpo sano, íntegro en él está el ideal de salud. El cuerpo sano es uno, no es fraccionado, es íntegro.

La función de la imagen nos permite pensar la **diferencia entre cuerpo y organismo**. “*El narcisismo de la imagen se ocupa de vaciar al cuerpo del autoerotismo de los órganos. El cuerpo de los hablantes está sujeto a dividirse de sus órganos*”<sup>165</sup>. ¿Pero cuándo tenemos noticia de lo orgánico? Los trastornos orgánicos hacen presentes a los órganos, el autoerotismo excluido retorna.

Considerando que la estructura de los vínculos es discursiva, también por el camino del narcisismo el mundo del símbolo parece afectar el orden orgánico. Se puede enfermar por falta o exceso de amor. Se trata del lugar que el sujeto se ve ocupando en la perspectiva de su ideal y cómo ello se vincula con la posibilidad de un padecimiento psicósomático. Las dolencias psicósomáticas son un daño en el nivel narcisístico.

En lo imaginario las imágenes se reflejan y se refractan en el cuerpo. En realidad se trata de sentirse visto.

*“Lo importante es que ciertos órganos están involucrados en la relación narcisista, en cuanto esta estructura a la vez la relación de yo con el otro y la constitución del mundo de los objetos. Detrás del narcisismo se halla el autoerotismo, a saber, una masa investida de libido en el interior del organismo,*

---

<sup>165</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicósomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág. 70.

*de la que diré que se nos escapan tanto sus relaciones internas como su entropía*”<sup>166</sup>. El autoerotismo siempre está allí.

Es interesante recordar que Freud refiere que existe un pasaje del autoerotismo al narcisismo, se da gracias a una nueva acción psíquica y Lacan dirá que esta acción surge cuando el yo adquiere sus funciones, esta acción es la *gestalt*, imagen de completud

### V.5.2. Cuerpo simbólico

El cuerpo del estadio del espejo que había sido unificado bajo la operación del ideal ahora se fragmenta bajo las mortificaciones que le inflige el *significante*.

Parecería que por un momento nos encontramos con un cuerpo unificado, total, completo y surge un elemento preexistente que viene a producir desfragmentación y parcialismo.

Es sobre la unidad del cuerpo en cuanto imagen, dando la apariencia de nodos; sobre esta unidad del cuerpo imaginario se impone el lenguaje como sistema divisorio.

Para Lacan el **significante** se define por la relación y oposición con otro *significante*. Son las unidades básicas del lenguaje y unidades constitutivas del orden simbólico. Sus mecanismos son visibles en las formaciones inconscientes.

---

<sup>166</sup> J.Lacan. “*El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*”. El Seminario. Libro 2. Paidós. Barcelona. (1984). Pág. 147.

Nuestro autor lo define como *“lo que representa a un sujeto para otro significante, pero ningún significante puede significar al sujeto”*<sup>167</sup>.

Sus funciones se vislumbran a través de la **metonimia** y la **metáfora**. La metonimia se caracteriza por una conexión, combinación de una palabra a otra palabra, la metáfora por una sustitución de una palabra por otra. La metonimia es necesaria para llevar a cabo la metáfora. Es a través de la metonimia y la metáfora que se produce la significación. El campo del significante es el campo del Otro, “batería de significantes”.

Pero es interesante no hacer referencia a las palabras como únicos significantes, también pueden serlo fonemas, frases, oraciones, objetos, actos sintomáticos. El sujeto cuando habla dice otra cosa de lo que está diciendo, es el deseo el que se encuentra detrás de esto.

*“La única condición que caracteriza a algo como significante es, para Lacan, que esté inscrito en un sistema en el que adquiere valor exclusivamente en virtud de su diferencia con los otros elementos”*<sup>168</sup>.

¿Y qué sucede con el significado y significante? Según concepciones clásicas el significante es una imagen acústica (como una palabra) en tanto que el significado es un concepto. Utilizaríamos significantes para acceder a los significados, para decir lo que queremos decir. La palabra nos permite acceder al sentido, se trata de un sencillo pasaje de la palabra al sentido; preguntamos por un objeto y hay un interlocutor que responde con el objeto. El lenguaje serviría para la comunicación mutua y a través de las palabras transmitiríamos sentidos e intenciones.

---

<sup>167</sup> Evans, Dylan. *“Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”*. Paidós. (2005). Bs. As. Pág. 176.

<sup>168</sup> Ibid. 177.

Pero para Lacan en vez de suponer que entre el significante y el significado había transparencia, un fácil acceso de la palabra al sentido, sostuvo que existía una barrera real, una resistencia. Una palabra no revela tan simplemente su sentido, conduce a otras palabras en una cadena lingüística, así como un sentido conduce a otros. Los significados se organizan a partir de nexos existentes entre los significantes, palabras por ejemplo, y no olvidemos que hay una prioridad del significante en la vida psíquica.

Lo que uno quiere decir y lo que dicen sus palabras no coinciden, en la vida diaria nos encontramos con malentendidos por éstos motivos.

Los significantes forman redes a las que tenemos escaso acceso consciente pero que afectan nuestra vida en su totalidad. Organizan nuestro mundo cuya trama misma es simbólica.

Los efectos del significante sobre el sujeto constituyen el inconsciente. El **inconsciente** como el lenguaje es una estructura de significantes, constituido por una serie de eslabones y elementos significativos. El inconsciente es el discurso de este Otro y pertenece totalmente al orden simbólico, se encuentra fuera del sujeto. Lo **simbólico** es el ámbito del Otro

El **lenguaje** es un sistema de significantes. Se trata de una estructura abstracta, de un sistema formal de diferencias.

### **¿Qué relación hay entre el lenguaje y el cuerpo?**

Se trata de un cuerpo significable, pasivo ante el significante. **Lo simbólico hace un cuerpo**. Se incorpora el lenguaje y este afecta directamente al cuerpo. Es un cuerpo apropiable, nos da un cuerpo y al mismo tiempo nos separa de él. El cuerpo del lenguaje es un cuerpo que se incorpora a la carne. Y como ya dijimos a través del significante (su unidad constitutiva) es que se escinde esa unidad imaginaria

El cuerpo se ofrece al sujeto como un lugar de consistencia y el significante del Ideal tiene un papel central en la consistencia que adquiere el sujeto en su dependencia al Otro simbólico.

*“El sujeto en el momento en el que habla está ya implicado en su cuerpo por la palabra. La raíz del conocimiento es este compromiso de su cuerpo”<sup>169</sup>.*

Como ya dijimos el **significante Ideal del yo** introduce división en la unidad del cuerpo imaginario. Y lo subjetivo del cuerpo es efecto del lenguaje. Este cuerpo adquiere la polaridad sano enfermo, bajo los términos de cuerpo fálico o castrado, a partir de este significante.

Es importante recordar que los significantes cristalizan significaciones, lo que implicaría una cierta lógica.

*“En lo psicosomático el significante opera en dos sentidos, concede o no tanto la posesión como la propiedad del cuerpo a alguien”<sup>170</sup>.*

La propiedad del organismo es del Otro, de modo que el Yo puede no hacerse cargo de él, existiendo la posibilidad de que un cuerpo se encuentre inscrito en el ordenamiento simbólico a nombre de otra persona, siendo esto muy aplicable al terreno psicosomático. Se produjeron inscripciones directamente sobre el propio cuerpo, no hubo un pasaje por la dialéctica del Otro.

A causa de lo dicho siempre hay en ese cuerpo algo separado, inerte a la libra de carne dirá Lacan. Algo de la carne queda separado y excluido. *“Cualquier trastorno somático es percibido en primera instancia por el sujeto como algo separado de sí, una dolencia física es sentido como pérdida de placer y como aquella libra de carne cuya entrega reclamaba como pago una*

---

<sup>169</sup> J. Lacan. “*La angustia*”. El Seminario. Libro X. Ed. Versión Integra. (1962-1963). Pág. 259.

<sup>170</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág. 77.

*deuda*”<sup>171</sup>. La enfermedad podría ser considerada un castigo. Para poder “ser”, el sujeto deberá entregar parte de su cuerpo y desprenderse de su cuerpo todo. Se trata del verbo ser.

Existe el objeto, la cosa y el nombre de la cosa, el nombre cambia a la cosa designada, la hace existir, la cambia modificándola en su realidad; por lo tanto el símbolo es más potente que lo real, es capaz de modificarlo. Esto sucede a través de la **representación**, considerando que conocer al cuerpo, nombrarlo, teorizarlo produce una teoría interior al sujeto.

Sería según Freud una caricatura de una obra de arte, existiendo dos anatomías entonces: la real y la psíquica. Esta ficción, caricatura sería el fantasma de ese objeto real. Por lo tanto *“cada persona tendrá su teoría psíquica del objeto-cuerpo, esta imagen psíquica debe seguir una ley respecto de la estructura del yo compuesto por un gran conjunto de imágenes psíquicas de valor afectivo para ese sujeto”*<sup>172</sup>. La imagen psíquica es parcial sólo toma un detalle del objeto real.

Ésta imagen, investida de afecto, crea modificaciones en el cuerpo habitado por ella. Estas modificaciones son a nivel dinámico, cambia la economía libidinal.

Con la lesión de órgano como en la conversión histérica hay algo que se juega en el orden simbólico en cuanto al mostrar, esta **hecha para ser mostrada**.

Estamos ante un cuerpo que nos es exterior, no es carnal, es un cuerpo del intervalo. El cuerpo humano no es sólo ese hombre que anda, es también los guantes, anteojos, ropa. Por lo tanto este cuerpo perdió sus límites.

---

<sup>171</sup> Ibid. Pág. 78

<sup>172</sup> J.D. Nasio. “*Los gritos del cuerpo*”. Paidós. (1996). Bs. As. Pág.12.

Cuando una lesión de órgano es hablada entra en el campo simbólico, la pone en palabras, la relata y se clasifica haciéndose eslabón de una cadena.

Es interesante situar a los trastornos psicosomáticos en relación al significante ya que de esta manera vemos lo concerniente al sujeto para tenerlo en cuenta. Lacan avanzará en concepciones del registro simbólico sobre el imaginario, de conceptos como escritura, número, rasgo unario, operando más allá de las relaciones narcisísticas u objetales.

En lo simbólico todo lo que existe, existe en virtud de su deferencia con todo lo demás. Fue Saussure quien primero lo señaló al sostener que en el lenguaje no hay términos positivos, sino sólo diferencias. Éste aspecto es lo que caracteriza de diferencial al significante, nunca puede tener un sentido unívoco o fijo, su sentido varía según la posición que ocupa en la estructura.

Volviendo sobre las implicancias del significante sobre el cuerpo, su atravesamiento separa al cuerpo del goce, el goce pasa a ser incompleto. Por lo tanto existen lugares con cierta predisposición a recuperar ese goce perdido, siendo las denominadas *zonas erógenas que desarrollaremos a continuación. El cuerpo es sustancia gozante.*

### **V.5.3. Real y Cuerpo real**

El organismo biológico no nace en el registro del cuerpo imaginario, lo real del ser vivo se diferencia y queda excluido de la noción de cuerpo.

A lo simbólico y lo imaginario, Lacan le añade la categoría de lo real. Se trata de tres registros de la realidad humana.

En 1953 diré que lo real es simplemente lo que no es simbolizado, lo excluido del orden simbólico, lo que se resiste absolutamente a la simbolización. Se trata de aquello que queda excluido de nuestra realidad, el margen de lo que carece sentido y no logramos situar o explorar.

Lo que no arribó a la luz de lo simbólico reaparece en lo Real bajo la forma de una lesión de órgano.

La lesión de órgano o la dolencia psicosomática no es algo real. No hay real, el sujeto no tiene acceso a él en cuanto tal. Cuando lo real se toca éste cambia y se transforma en **realidad**, de éste modo la lesión de órgano no es real, es una realidad propia, singular de cada sujeto que la padece.

La lesión es algo del objeto que viene a cerrar cierta realidad. Lo real se desplaza cada vez que se intenta atraparlo, es un borde, recordemos que no es estrictamente algo de lo real, estamos en el nivel de la realidad.

Lo real es el trauma epistemo-somático, es ese trauma inexistente. Es lo que sostiene las realidades. Es visto como una ranura, donde se entra o se sale, sin jamás de hecho salir o entrar verdaderamente.

El significante determinará lo que es cuerpo y lo que es carne, ésta directamente vinculada con el goce del cuerpo, goce no manipulado por el significante; esta carne y su goce abarcan a la noción de cuerpo real

Nos encontramos con un cuerpo como lugar de imagen unitaria, en el que existen significantes en los que puede representarse y es el que sostiene sus goces.

Por lo que hemos trabajado se percibe una disyunción entre imagen del cuerpo, cuerpo en tanto tomado por el significante, y organismo biológico; ya es hora de abordar éste último concepto

## V.6. Organismo, cuerpo y fenómenos psicosomáticos

Con lo que hemos desarrollado se vislumbran diferencias entre lo que sería cuerpo y el concepto de organismo.

Ya dijimos que los significantes dejan marcas, aparte de constituir un cuerpo dejarán alteraciones en el funcionamiento natural biológico del organismo, es decir, lo modifican.

Los órganos del cuerpo funcionan como tales porque hay un orden significante que los introduce en un discurso. El funcionamiento orgánico se encuentra abierto al campo del lenguaje, abierto a operaciones quirúrgicas mediante el ejercicio de la palabra.

La concepción de **órgano** podría pensarse más allá del uso habitual que le adjudicamos. Comúnmente pensamos que los órganos son partes vitales de nuestro ser, que se encuentra alojadas en nuestro interior. Pero sucede que sólo se sabe de los órganos internos lo que nos dicen, el interior del cuerpo esta hecho de palabras

Como órgano se entiende a *“objetos vivos o inanimados que no están ubicados en el campo circunscripto por la imagen corporal. Desde este punto correspondería pensar que el pecho materno forma parte del organismo del niño aunque no de su cuerpo, ya que está adosado al cuerpo de su madre”*<sup>173</sup>.

Sería interesante hacer referencia a lo que Lacan consideraba como **órgano irreal** *“lo irreal no es lo imaginario, se define por articularlo con lo real de un*

---

<sup>173</sup> Ibid. Pág. 99.

*modo que no podemos aprehender, requiere de una presentación mítica. Pero ser irreal no impide a un órgano encarnarse*<sup>174</sup>

La **libido** es un órgano irreal “*debe concebirse como un órgano en los dos sentidos del término, órgano como parte del organismo y órgano instrumento*”<sup>175</sup>. Por lo tanto distintas entidades pueden ser consideradas órgano.

La libido es el órgano esencial de la pulsión. La libido es un órgano necesario para vivir, debe funcionar como perdido para hacer posible la vida. Para conservar la vida es necesario perder aquel órgano del cuerpo que dio la condición de la vida. Para que el bebe pueda salir al mundo y sobrevivir debe dejar de lado la placenta; de éste mismo modo debemos pensar a la libido.

Es un órgano irreal porque es la contracara de lo real, lo que no se puede incluir en lo real, se vincula con lo real en cuanto a lo imposible y también lo real de lo que retorna siempre al mismo lugar del organismo.

El analista se ocupa de éstos órganos irreales, opera sobre ellos, mientras que el médico moderno tiende a desestimarlos para actuar como tal. El organismo no es una totalidad.

Como ya dijimos el significante permite concebir al cuerpo como único y al mismo tiempo rompe con la imagen de cuerpo imaginariamente integrado, poniendo en la cuenta la operación de “órganos irreales” que tienen la función de perturbar la homeostasis del conjunto orgánico.

La libido puede faltarle al organismo y de este modo al ya ser integrada al funcionamiento orgánico puede causar trastornos, alterando la homeostasis. Sería el caso de los fenómenos psicósomáticos en los que se corporiza. La libido

---

<sup>174</sup> J. Lacan. “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”. El seminario, libro XI. Paidós. (1987). Buenos Aires. Pág. 194.

<sup>175</sup> Ibid. Pág. 213.

invierte órganos al no ser desplazada sobre los objetos, queda entonces atrapada en un órgano del cuerpo real, el órgano estaría en lugar del objeto.

El **organismo** tiene problemas con los órganos, pudiendo sucumbir al funcionamiento de uno de ellos, ya que se dificultan que los órganos funcionen ordenadamente, no tiende a la integración del conjunto de órganos. Surge que cada órgano actúa independientemente uno de otro, nada sabe el pulmón del corazón.

Sabemos que el principio de la homeostasis se aplica a nuestro funcionamiento orgánico. En cada órgano independiente queda supeditada su función al principio de homeostasis orgánica globalizante y la variación de alguno de ellos produce la variación general.

Según Courel “*existen vinculaciones entre órganos que sólo son posibles por efecto de conexiones simbólicas, de modo que se trata de una red de órganos y de significantes, y esta red puede intervenir en el funcionamiento de los órganos*”<sup>176</sup>. Existen estímulos de índole significativa que influyen el organismo humano a modo tal que sin necesidad de colocar una alarma despertamos a una determinada hora.

Lacan hará referencia a **órganos míticos** para abordar psicoanalíticamente lo psicosomático. Es el **inconsciente** el que le da sentido a los fenómenos psicosomáticos. Las invenciones del inconsciente operan como construcciones míticas. A través del mito se da sentido a los malestares que no pueden ser pensables ni aceptables, tapa, vela lo indecible.

Los órganos no cumplen un papel complementario respecto del cuerpo. Ellos dividen, agujerean el cuerpo “*la aparición de los órganos en escena desbaratan la función imaginaria de compaginación corporal que el narcisismo*

---

<sup>176</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 102.

*introdujo en vaciar al cuerpo del autoerotismo inherente al registro de los órganos*<sup>177</sup> Para él los órganos entran en consideración desde el plano del autoerotismo.

Al hablar de órganos solo referimos órganos de ficción ya que en el discurso solo referimos significantes

Lo orgánico se tendrá en cuenta como signo de inconsistencias subjetivas. Es por ello que nos parece importante atender a los impactos que las inconsistencias subjetivas pudieran tener sobre el organismo.

Se trata de saber cuáles son los órganos que entran en juego en la relación narcisista, imaginaria con el otro.

Lo que comúnmente llamamos **organismo** es a un conjunto de órganos que lo conforman como tal, buscamos adjudicar una integridad orgánica desde nuestro discurso. Para Lacan el organismo es un conjunto de órganos relacionados entre sí.

*“Se trata de una red no cerrada de órganos, cuyo papel no se confunde con la función imaginaria que desempeña el cuerpo en la constitución de la subjetividad. La imagen corporal ofrece el componente imaginario sobre el que la identificación puede recaer, el conjunto orgánico no es la fuente de la imagen identificatoria”*<sup>178</sup>. Para Lacan el organismo es abierto, existe una continuidad entre su interior y exterior.

Como ya hemos señalado al identificarnos con esta imagen las sensaciones propias e interoceptivas son separadas del cuerpo, dándose una exterioridad en el

---

<sup>177</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 71.

<sup>178</sup> Ibid. Pág 106.

sentimiento de sí. Es por esto que se considera que *“la imagen del cuerpo enajena al sujeto respecto de los órganos”*<sup>179</sup>

Lacan entiende a lo psicossomático a partir del concepto de *“autoerotismo de los órganos, diferente al narcisismo y del cual hace notar que nada sabemos”*<sup>180</sup>.

*“Son procesos que no juegan ningún papel en relación con el semejante, exceptuados de vinculación con él”*<sup>181</sup>.

Recordemos que el autoerotismo corresponde a la primer fase del narcisismo en la cual las pulsiones parciales están separadas y cada una procura satisfacción sobre el cuerpo propio, implica la satisfacción autoerótica

*“No sabemos cómo operan estos procesos autoeróticos a nivel de órganos. Sin dialéctica alguna, sin que ninguna interpretación pueda marcar su correspondencia con algo que pertenezca al pasado del sujeto”*<sup>182</sup>. Se trata de investiduras libidinales internas al organismo.

Se trata de un retorno de la libido hacia el yo, por lo tanto se trata de un sujeto-lesión. Surge una lesión autoerótica *“hay una identidad entre la fuente y el objeto, entre el yo-cuerpo-fuente y el objeto de satisfacción local y autoerótica”*<sup>183</sup>. La fuente pulsional es idéntica a su objeto, el yo-cuerpo constituye la fuente y objeto.

El sujeto los percibe como propios íntimos de su cuerpo, pero los sitúa ajenos a su ser adquiriendo consistencia en la imagen narcisística del cuerpo.

---

<sup>179</sup> Ibid. 107.

<sup>180</sup> J. Lacan. *“El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”*. El Seminario. Libro II. Ed Paidós. (1987). Buenos Aires, Págs. 148/149.

<sup>181</sup> Raúl Courel. *“La cuestión psicossomática”*. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág. 67.

<sup>182</sup> J. Lacan. El Seminario. Libro II. Op cit. Pág. 150.

<sup>183</sup> J.D. Nasio. *“Los gritos del cuerpo”*. Paidós. (1996). Bs. As. Pág. 158.

El organismo va más allá de los límites del cuerpo.

## **V.7. Constitución subjetiva y el fenómeno psicosomático**

### **V.7.1. Desde Freud.**

Freud en el “Proyecto de Psicología para neurólogos” de 1895 habla de que en el sujeto se dan dos vivencias, experiencias, una es la de satisfacción y la otra la de dolor.

Dirá que en el momento en que el niño grita, hace una descarga motora, hay alguien del mundo externo que lo auxilia, lo toma e interpreta, llevando a cabo una acción específica para responder a dicho llamado, surge en ese momento que algo se satisface y algo no, dando lugar a la primer experiencia de satisfacción y a la de dolor, los estímulos entran al aparato psíquico por simultaneidad, luego lo harán por diferencia.

Surge que aquello que satisfizo será considerado por el bebé como algo que lo colmó totalmente, pero en realidad, sólo una parte fue la que se satisfizo. Esto promueve una búsqueda constante de ese estado en el sujeto; intentará reencontrar esa mítica primera vez.

Esto evidencia que aquella experiencia de satisfacción va a dar lugar al deseo, y se buscará una descarga por los caminos ya recorridos, siendo puntos de búsqueda facilitados.

La experiencia de dolor se relaciona con lo que no llegó, no se ligó y quedó por fuera del aparato, pulsando por salir y ligarse. Lo que Freud llamó pulsión

### **V.7.2. Desde Lacan**

Para referirse a la constitución del sujeto hará referencia a dos nociones importantes como son el Otro y el sujeto

El **Otro**, como ya sabemos es el lugar donde se encuentra la cadena del significante que rige todo lo que del sujeto podrá hacerse presente, es el campo en el cual el sujeto deberá aparecer.

Se trata del lugar donde el ser viviente deberá surgir, desde este punto se hace necesario introducir el concepto de pulsión, la cual ya hemos trabajado, y recordar que ésta es parcial, no representa la función de la reproducción, la cual no está representada en el psiquismo, no hay nada que permita al sujeto situarse como ser macho o ser hembra.

Como ya aclaramos con anterioridad el sujeto sitúa en su psiquismo sus equivalentes de actividad y pasividad. Es por esto las vías de lo que hay que hacer como hombre o mujer pertenecen al drama que se sitúa en el campo del Otro, eso es el Edipo.

Lo que guía, orienta, en esta situación es la pulsión parcial, ya que ésta representa en el psiquismo las consecuencias de la sexualidad, se instaura en el campo del sujeto por la vía de la falta.

Vamos a encontrarnos con dos faltas:

- La que se debe al advenimiento del sujeto a su propio ser en la relación con el Otro, ya que el sujeto depende del significante y éste está primero en el campo del Otro.
- La que es real, se trata de lo que pierde el ser viviente por estar sujeto al sexo y por advenir al mundo del lenguaje, sometiéndose a la muerte individual como ser instintual.

La relación del sujeto con el Otro se engendra en un proceso de falta.

El **sujeto** es tal en cuanto a que se encuentra inmerso en el mundo del lenguaje, surge por efecto del discurso, es decir gracias, a las operaciones del significante. El sujeto se define como efecto del significante y el significante pertenece al campo del Otro, por ello se da la constitución del sujeto en dicho campo.

El cuerpo del sujeto experimenta cambios por efectos del lenguaje, de hecho cuando sus necesidades físicas son puestas en palabras, o bien, cuando habla o quiere decir algo se ve un intervalo entre ambos, en realidad cuando el sujeto habla nunca dice lo que quiere decir, incluso dice más de lo que dice, lo que pide no cubre la necesidad en sí. El lenguaje produce modificaciones en el individuo, en su cuerpo, en sus necesidades, su forma de vincularse consigo mismo y con el mundo

¿Cómo interviene el significante y la subjetividad en lo psicosomático?

El **significante**, como ya aclaramos, produce cortes en nuestro cuerpo, se trata de un bisturí que nos hace marcas que indican diferencias, nos sentimos únicos sin una realidad orgánica que así lo determine.

Lo interesante es pensar en lo psicosomático el nivel de intervención del significante y de la subjetividad. El significante representa al sujeto. En las

dolencias psicosomáticas el significante es signo de intervención de un sujeto, nos preguntamos por quién es su sujeto agente.

El significante posee una incidencia sobre el ser viviente, puede no necesariamente actuar del mismo modo sobre el organismo como sobre el cuerpo. Puede ir sobre el cuerpo y estar o no afectando al organismo.

Por esto último es necesario pensar al sujeto no sólo como producto de operatorias del significante, sino también como producto del encuentro del lenguaje con el cuerpo. En este encuentro surgen dos efectos: el sujeto del inconsciente (sujeto del deseo) y el objeto a (objeto del deseo).

#### **V.7.2.1 Operación de alienación y separación**

Hay dos operaciones en la relación del sujeto con el Otro. Hay constitución del sujeto porque hay otro, que es tesoro de significantes, es un lugar que espera, coloca nombres, incluso, las palabras son tomadas de este Otro.

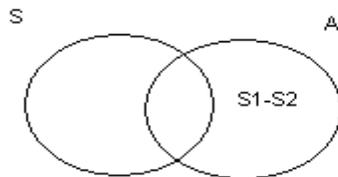
Es desde el Seminario XI de 1964 que Lacan hará referencia a ellas, y recurre a la lógica de los conjuntos para explicar dichas operaciones.

Importantes a tener en cuenta para pensar la incumbencia del significante sobre el soma. Y es siempre en relación a otro significante que se dice algo. Es por ello que Lacan considera que el mínimo de significantes es dos, S1 y S2.

Lacan para explicar estas dos operaciones recurre a la lógica de los conjuntos, la operación de unión hará referencia a la alienación y la de intersección a la separación.

Presentará a dos conjuntos, uno perteneciente a lugar en el que advendrá el sujeto y el otro concerniente al campo del Otro; uno cabalga sobre el otro por lo tanto queda una parte del conjunto del sujeto perteneciente al conjunto del Otro y viceversa.

En el campo del Otro colocará la pareja de significantes



La alienación como unión reúne los elementos comunes y no comunes de ambos conjuntos, pensando reunión no como suma, quedando en la lúnula los elementos comunes.

El círculo del lado del sujeto nos permitiría decir en primera instancia que no hay nada, y eso ya es un significante que corresponde del lado del sujeto; produciendo modificaciones, quedando en el interior del conjunto del sujeto S1 y en el conjunto del Otro S1 S2.

Hablaríamos ya de tres elementos entonces, están los elementos significantes y la hiancia; aislando al elemento de conjunto vacío. El sujeto entonces puede ser definido como vacío o estar representado por un significante (S1).

Lacan hablará del vel de la alienación, esto quiere decir elección, el sujeto deberá tomar una cosa o la otra, deberá elegir entre el conjunto del sujeto y el del Otro. Este “o” alienante esta en el lenguaje y se demuestra con el ejemplo de ¡la bolsa o la vida! Planteado por Lacan en el Seminario XI. Si elijo la bolsa, pierdo

ambas. Si elijo la vida, me queda la vida sin la bolsa, es decir, una vida cercenada, mutilada.

Esto se entiende a partir de, usado como metáfora, el intercambio que se daba entre los españoles y los indígenas. Los españoles intercambiaban espejitos de colores por oro, este objeto tanpreciado era guardado en una bolsa, pero al llegar a Europa los esperaban los villanos. Les ponían la espada en el pecho y les decían ¡la bolsa o la vida!, si elegían la bolsa perdían ambas, en cambio si elegían la vida debían perder la bolsa con el oro.

Por lo tanto opte por lo que se opte siempre se va a perder algo, toda elección implica una pérdida.

La alienación consiste en ese vel que condena al sujeto a aparecer en esa división. Si aparece por un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como afánisis. Si elige el ser se nos escapa, cae en el sin sentido, encontrándose alienado a los significantes del Otro. Si elige el sentido tendrá posibilidad pero cercenado de esa Proción de sin sentido que constituye el inconsciente.

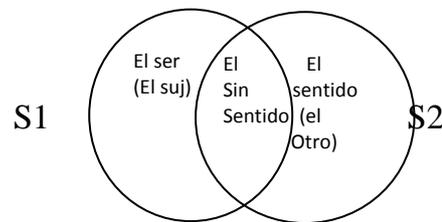
Al elegir el sentido nada sabrá el sujeto sobre el inconsciente, se dirigirá al Otro en busca de respuestas, de sentido sobre sí, acerca de quién es.

Se trata de un rasgo constitutivo esencial, el sujeto padece una escisión fundamental, está alienado de sí mismo, es una consecuencia del proceso por el cual el yo se constituye mediante la identificación con el semejante. *“La síntesis inicial del yo es otro yo, está alienado, la alienación pertenece al orden imaginario, es constitutiva de lo imaginario”*<sup>184</sup>. El yo se construye a partir de una imagen externa, nuestra identidad nos es dada en una alienación.

---

<sup>184</sup> Evans, Dylan. *“Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”*. Paidós. (2005). Bs. As. Pág. 34.

Es el producto de la relación entre sí de un par de significantes, que causan la desaparición del sujeto como ser (S1), o como sentido (S2). El sujeto se desvanece en este intervalo y queda atrapado en “ni lo uno, ni lo otro”.



### Alienación

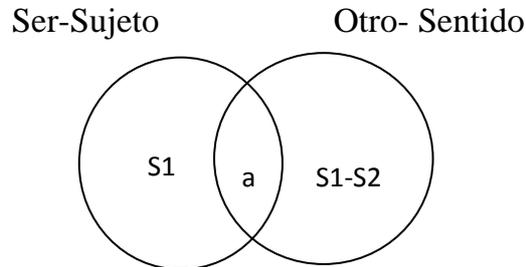
El inconsciente por lo tanto va a estar definido por la lógica de la alienación, remite a la afánisis del sujeto, a la falta de ser y falta de sentido, articuladas entre sí, el sujeto del inconsciente está en un lugar indeterminado.

Por lo tanto la alienación es nacer dividido entre dos significantes y esta división implica una falta y la localización del sujeto en el intervalo.

La alienación implica nacer desvanecido y este factor letal opera tanto en el sujeto como en el Otro. El sujeto aparece en primer lugar en el Otro, en tanto que el primer significante, significante unario, surge en el campo del Otro, y en tanto que representa al sujeto para otro significante, significante otro que tiene como resultado la afánisis del sujeto. Pero estos significantes deben ser sólo dos para que se produzca el efecto de la alienación, el cual es el desvanecimiento del sujeto, lo cual se da por efecto de S2 sobre S1, lo cual sucede de forma circular en infinita,

Ya es hora de hablar de la **separación**; esta segunda operación lleva a su término la circularidad de la relación con el Otro. Está fundada en la confrontación con la falta del Otro.

Se basa en la sub-estructura llamada intersección o producto, constituida por los elementos que pertenecen a los dos conjuntos



El sujeto encuentra una falta en el Otro, en los intervalos de su discurso. “*El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso*”<sup>185</sup>. Este intervalo que se da entre los significantes es lo que permite que se deslice el **deseo**. El sujeto aprehende el deseo del Otro, en las fallas del discurso del Otro.

Hay Otro caracterizado por una falta. En el intervalo entre S1-S2 se halla el deseo, lugar ofrecido para la localización del sujeto en el discurso del Otro, el cual será la madre. La cual manifiesta un deseo desconocido, y desde este lugar de carencia es que se constituye el sujeto del deseo.

Lacan dirá “*el sujeto encuentra el camino de regreso del vel alienante en la operación de separación, mediante la separación el sujeto encuentra el punto débil de la pareja primitiva de la articulación significativa, en la medida que es, por esencia alienante. En el intervalo de estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con quien tiene que vérselas...la madre*”<sup>186</sup>.

<sup>185</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 310.

<sup>186</sup> J. Lacan. “*Los cuatro conceptos del psicoanálisis*”. El seminario, libro XI. Paidós. Buenos Aires. (1987). Pág. 194.

Para que surja esta operación es necesario que se haga presente el Deseo del Otro, es decir el deseo de la madre

Por lo tanto la **separación** cierra lo que deja abierto la alienación, haciendo de las dos un único producto: el sujeto del inconsciente.

La separación implica una elección, si el sujeto se separa pone en juego un objeto, se separará del Otro y construirá su propia respuesta en cuanto al deseo del Otro.

Se da por lo tanto una salida en forma de falta, no se trata del hallazgo del ser como respuesta a la falta en ser, la solución es la falta en ser, implicando que lo que se encuentra nunca será idéntico a lo que se perdió.

Por lo tanto ¿qué es lo que quiere Otro? Esta pregunta determina el hallazgo de una falta en el Otro. Para enfrentar a esta pregunta es que cuenta con su propia falta, haciendo coincidir el objeto del deseo del Otro con lo que él es como falta. Es el objeto que al Otro le falta. Se transforma la pregunta por el ¿qué quieres? por ¿puedes perderme?; esta condición de objeto lo rescata de la letalidad antes mencionada. La condición de objeto faltante lo salva, lo letal se transforma en deseo.

El S2 desvanece al sujeto, lo hace pura falta, entrando en conexión éste con un agujero que como falta en el cuerpo real no deja de vincularse al órgano faltante del propio cuerpo, tratándose del órgano real. Este significante es el responsable de la alienación

Desde esta concepción lacaniana el significante no es amo del goce, no logra imponerse completamente sobre éste, el goce retorna como más allá del placer como resto de las operaciones del significante.

A modo de conclusión podría decirse que la alienación permite explicar el proceso de identificación al significante unario, y la separación nos permite comprender que su condición el confrontar con la falta, respondiendo a ella a través del objeto “a”, es decir, el sujeto dividido, deseo del “a”.

La separación le permitirá al sujeto encontrar su posición separándose de los significantes otorgados por el Otro. Le permite usar estos significantes, otorgarles un orden construyendo un lugar particular y subjetivo del lado del ser; dirigiéndose desde éste lugar al exterior buscando objetos de goce del que fue separado por intervención del lenguaje.

Lo psicossomático no es un significante pero es posible pensarlo en cuanto a que el significante intervino de modo que no puso en juego la afánisis del sujeto. *Al haber* ausencia de afánisis se da una interrupción en el proceso de separación. La alienación no funcionó en el psicossomático.

En la lesión de órgano no se trata del sujeto dividido del inconsciente, no esta el significante al cual se pueda amarrar, tampoco está esa cadena de significantes a la cual el sujeto se puede amarrar haciendo afánisis.

No se apegan a un destino, ellos son, no se apegan, no se produce afánisis.

## **V.8. Holofrase y Forclusión del nombre del padre**

El término Holofrase proviene del griego del griego 'olos=todo, frase; es una palabra que implica el significado de todo un enunciado.

Desde la lingüística se utiliza para indicar que el sentido de una frase puede ser equivalente a una sílaba aislada o a una sola palabra. Un ejemplo de holofrase

lo encontramos en exclamaciones como "¡socorro!", señales de auxilio; es decir, no necesitan de cuestionamientos para saber a qué hacen referencia.

Lacan trabaja éste término desde los significantes S1-S2, diciendo al respecto que entre ambos no hay un intervalo, surge que ellos se aglutinan; quedando reducidos a "uno". Pero, como ya dijimos, el sujeto surge del intervalo entre los significantes, estos en el caso de lo psicossomático se holofrasean, es decir que las palabras del Otro quedan aglutinadas en un solo significante S1, absoluto, no representando al sujeto.

*“El sujeto permanece petrificado bajo la masiva imposición de la palabra del Otro”*<sup>187</sup>. No siendo representado por lo que es un significante para otro, se detiene ésta dialéctica desapareciendo la subjetividad, no dando lugar al efecto de afánisis.

Se impone un significante holofraseado proveniente del Otro, lo cual se conjuga con el concepto de que el número, como estructura en el cuerpo, impone el carácter inapelable de una cifra. Esto último nos remite a lo que refiere Lacan acerca de jeroglífico y escritura de números en el cuerpo.

En el texto “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma (1975) Lacan considera que al pensar lo psicossomático, trata de algo escrito en el cuerpo.

Para él estos fenómenos deben ser considerados como jeroglíficos (cifras, signos secretos, misteriosos) y no como gritos o llamados, demandas dirigidas al Otro (como en el caso del síntoma); lo que lo diferencia de otros autores tales como Marty.

*“Notemos que un escrito a diferencia de un dicho posee la particularidad de que puede ser conservado sin ser entendido ni interpretado”*<sup>188</sup> En el cuerpo

---

<sup>187</sup> Ibid. 114.

<sup>188</sup> Raúl Courel. “La cuestión psicossomática”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 121.

se escribe algo en el orden del número y lo psicossomático trata sobre esto es una escritura de números en el cuerpo. Pero este aspecto numérico no ordena.

El objeto *a* puede ser asemejado a una letra que habría retornado al cuerpo del sujeto bajo la forma de una inscripción particular.

El sujeto no puede contar, no puede contar primero, primer significativo y segundo, segundo significativo, ya que para hacerlo es necesario la afánisis, y estos “primero y segundo” son principios de la historia, de lo dicho.

En el caso psicossomático como vemos se masifica el par significativo S1 y S2, está ausente la represión primordial. No hay significativo externo, no hay nombre del padre, no arribó, esta **forcluido**, por lo tanto se forma una realidad propia del psicossomático en la que el significativo externo está ausente.

De esta forma el objeto *a* se encarna materialmente en el cuerpo (autoerotismo) y al mismo tiempo no hay relación con este objeto. Se masifican porque hay forclusión del nombre del padre

La forclusión del nombre del padre es el mecanismo de la lesión en el organismo. Se trata de que no hay significativo excéntrico a la cadena en el punto singular en el cual se ordena la nueva realidad, este significativo esta solidificado en la cadena. Falta un significativo exterior, exterior a la realidad del sujeto.

La filiación del Nombre del Padre se transforma en filiación de objeto *a*, de órgano; en el lugar del Padre, aparece la lesión. Se pretende suplir una carencia con la lesión.

El sujeto queda estupefacto por algo que se ha ligado al deseo del Otro

Cuando la persona consulta y al preguntarle por su dolencia, él producirá significantes holofraseados. Durante las entrevistas, muestran un discurso que se

caracteriza por su parquedad y pobreza de asociaciones, como si estuvieran constantemente diciendo: "¿y esto qué tiene que ver con mi tumor, asma, etc?"

Cada vez que hay una lesión de órgano esa lesión no remita a nada, no hay nada que se articule con ella. Dirá "es algo que se encuentra fuera de mí"; no hay metáfora. No se sabe nada y se solidifica la masa, no remite a otra cosa, la lesión no remite a otra.

Y... ¿cómo quedan las operaciones constitutivas del sujeto? Como ya indicamos la alienación remite a la identificación del sujeto a los significantes del Otro, en la separación se inscribe en el sujeto la falta del Otro y al no haber intervalo, no hay falta, no hay hiancia entre los significantes, no hay agujero ni en el sujeto ni en el Otro.

Por lo dicho se deduce que el significante no cumple con su función de separar, por lo tanto cuerpo y goce quedan unidos; habiendo goce en el lugar lesionado. El cuerpo propio es cuerpo del Otro

## **V.9. Considerando la función de goce**

### **V.9.1. Cuerpo y goce**

Lacan dirá que el **cuerpo está hecho para gozar**, por lo tanto implica tres aspectos: la imagen, el significante, y el goce.

**Goce** quiere decir “*máximo de tensión, de gasto, máximo de exigencia; goce significa dolor, desgaste*”<sup>189</sup>. Desde Freud tiene que ver con la satisfacción de la pulsión, la cual se satisface en el recorrido, no tiene un objeto determinado, va a volver siempre al mismo lugar. Se trata de lo que se encuentra más allá del principio de placer, el placer entonces se convierte en dolor y este placer doloroso es lo que Lacan denomina goce.

“*El cuerpo es el lugar donde el sujeto puede reconocerse imaginariamente como unitario, donde es capaz de situar valores significantes en los que puede representarse y donde sostiene sus goces*”<sup>190</sup>. Es este cuerpo el que tiene en cuenta el ser humano al referirse a lo que lo aflige, siente piensa en forma de organismo desde el punto de vista discursivo.

Se trata entonces de un **cuerpo que es sede, lugar de goce**. Es una sustancia gozante. “*No hay goce sino del cuerpo...El cuerpo se hace presente como lugar de conjunción entre el Otro del significante y el objeto “a”*”<sup>191</sup>. Este cuerpo sería aquel lugar de recuperación de goces perdidos por la intervención del significante. El bienestar corporal es identificable a un bienestar yoico.

Estamos ante un cuerpo que sostiene estos goces, por lo tanto se sufre, soporta, se desgasta. Es un cuerpo maltratado por lo simbólico, por medio de este goce y los objetos de la ciencia son sus principales causantes.

“*El cuerpo constituye en primer lugar todo lo que puede llevar la marca apropiada para ordenarlo en una serie de significaciones*”<sup>192</sup>.

Recordemos que por la incidencia del significante el cuerpo unificado por la imagen es separado; se separa definitivamente el cuerpo de su goce, dejando lugares de recuperación de éste goce perdido por efecto del significante, éstos

<sup>189</sup> J.D. Nasio. “*Los gritos del cuerpo*”. Paidós. (1996). Bs. As. Pág. 75.

<sup>190</sup> Ibid. Pág. 96.

<sup>191</sup> Raúl Courel. “*La cuestión psicosomática*”. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág. 140.

<sup>192</sup> J.Lacan. “*Psicoanálisis y medicina*”. Intervenciones y textos, 1. Ed. Manantial. Bs. As. (1985). Pág. 92.

lugares son las **zonas erógenas**, lugares donde la pulsión insistirá buscando satisfacción.

Como ya sabemos éste goce no queda subordinado al significante, interviene el Nombre del padre para colocarlo bajo la primacía fálica, estamos hablando desde el campo simbólico en el que existe un **goce fálico**, que se encuentre fuera del cuerpo, atrapado por el significante; si hablamos de un goce fálico por lo tanto hay un goce que no es fálico, tal es el **goce del Otro**, fuera del lenguaje, goce específico de los fenómenos psicosomáticos. Al haber forclusión del nombre del padre, no hay significante fálico que regule el goce. En estos casos como ya dijimos domina un goce local **autoerótico** parcial.

Por lo dicho sabemos que falla la operación que separaba al cuerpo de su goce, el goce va a penetrar en forma inlocalizada, entra un goce que toma al cuerpo como cuerpo del Otro. Se esquivo al Otro del significante, el propio cuerpo es utilizado como Otro; pero no es otro del discurso. Se imprime al goce en el lugar del Otro como cuerpo.

Ganando un cuerpo (de un cuerpo que nos es dado como tal gracias a la intervención del significante) el sujeto logra consistencia e integridad narcisística, perdiendo a cambio el goce de los órganos. No pierde el goce de todos, algunos permanecen involucrados en el narcisismo del Yo, pasando a partir de entonces al terreno de las zonas erógenas, lugares de recuperación de éste goce mítico.

Pero en el fenómeno psicosomático nos encontramos con un significante aislado S1, no dando lugar a que el goce se reserve a dichas zonas. La **libido** ingresa al cuerpo y toma por objetos a los órganos provocando la lesión. Éste S1 absoluto impondrá el imperativo “¡Goza con tu cuerpo!”, retorna el goce.

Al psicoanálisis le interesa indagar acerca de este cuerpo que fue hecho para **gozar** de sí mismo, el cual según Lacan ha sido perdido por el sujeto de la ciencia. Esta pérdida, o falta, que Lacan refiere con el término privación, está en la raíz de la insistencia con que el sujeto buscará saturar la brecha que lo separa de su cuerpo.

### V.9.2. Goce y pulsión

La pulsión muestra que el cuerpo usado para las satisfacciones humanas no está cerrado, sino abierto al exterior. *“Los aparatos de la pulsión son lugares de goce que involucran un exterior habitado por significantes, siendo precisamente el Otro a quien la pulsión hace participar introduciéndolo en el cuerpo. La incidencia del significante sobre el cuerpo estableciéndole goces, lo aliena en el campo del Otro”*<sup>193</sup>.

El sujeto permanece ahí como encantado, absorto frente a la imposición de la palabra del Otro

Continuando acerca de este **Otro**, se trata del lugar donde se sitúa la cadena significante, la cual es una presencia impersonal del discurso, como ya hemos mencionado. Es determinante sobre el sujeto. El Otro invita al sujeto a que surja la subjetividad y aquí es donde aparece la pulsión.

La pulsión es parcial y para que haga su aparición en escena es necesario que se dé dentro del contexto del Edipo. *“Todo sujeto para elaborar la dialéctica de la relación entre los sexos toma del Otro y de los que encarnaron los lugares*

---

<sup>193</sup> Raúl Courel. *“La cuestión psicosomática”*. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 111.

*del Edipo la escenificación que le permite ordenar la dialéctica de los sexos*”<sup>194</sup>.  
El inconsciente implica siempre al Otro.

Creando buscar algo se va detrás de otra cosa. Lo que se busca es la parte perdida de uno mismo y se la busca en el Otro. Pero surge que es una búsqueda infructuosa, se la reitera aunque fracasa, pero se insiste por el engaño. Es por la vía del engaño ya que lo que se busca mediante la pulsión es una parte de sí mismo pérdida y no el encuentro con el Otro sexo, siendo esta la forma en la que se busca. La pulsión no responde a la dialéctica sexual. De aquí Freud hablará de la bisexualidad, la pulsión como tal no busca al otro sexo biológico. No hay diferenciación sexual de la libido (órgano de la pulsión).

El sujeto será hiancia, agujero, borde, resto de la operatoria significante, que se anudará al Otro, al intervalo de lo que dice, al más allá de los significantes que enuncia. *“Las relaciones entre el sujeto y Otro serán de falta con falta, de intervalo con intervalo, de corte con corte”*<sup>195</sup>.

Desde Freud sabemos que las **fuentes** de la pulsión son las zonas erógenas que son interpretadas como bordes que se definen en los lugares donde el cuerpo del ser vivo sexuado debió perder partes orgánicas por el hecho de ser sexuado, algunas de ellas son el pecho materno, heces.

Ahora bien, ¿qué características debe tener el organismo para propiciar esta localización pulsional y el sujeto del inconsciente en ella? Lacan dirá al respecto que *“la delimitación de la zona erógena que la pulsión aísla del metabolismo de la función, es el hecho de un corte favorecido por el rasgo anatómico de un*

---

<sup>194</sup> Ibid. 297.

<sup>195</sup> Ibid. 306.

*margen o borde: labios, margen del ano, surco peniano, vagina, cornete de la oreja*”<sup>196</sup>.

Se trata de todo aquello ofertado por el cuerpo real del cuerpo biológico que posea, estructura de borde, margen, actuando como zona erógena que contiene a modo de receptáculo la hiancia, el intervalo.

Para Lacan el término pulsión hace alusión a la “*localización orgánica del sujeto, cuando a este le corresponde una ubicación en la cadena significativa inconsciente*”<sup>197</sup>.

El sujeto a nivel inconsciente halla su lugar en la pulsión, habla a través de ella. El sujeto se desvanece en la pulsión.

La pulsión habla pero el sujeto no la reconoce, se trata según Lacan de un “sujeto acéfalo” en la pulsión. El sujeto esta más lejos da hablar en tanto más habla a través de la pulsión.

*“El objeto de la pulsión no es la leche, la zona erógena, el aparato digestivo, sino un corte o borde de una parte de los órganos u objetos implicados en esa función”*<sup>198</sup>.

Pero es interesante comentar que para Lacan sólo hay pulsión si hay **transferencia**, por lo tanto sólo se manifiesta la pulsión como tal en el seno de la experiencia analítica. El goce de la pulsión será accesible sólo parcialmente a la palabra que quedará en el entrelíneas de la palabra y en el seno de la relación transferencial.

---

<sup>196</sup> J. Lacan. “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”. El seminario, libro XI. Paidós. (1987). Buenos Aires. Pág 188.

<sup>197</sup> A. Eidelsztein. *Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan*. Ed. Letra Viva, Bs. As. (2001) Pág. 294.

<sup>198</sup> *Ibid.* Pág. 295.

Se trata de una localización del sujeto del inconsciente en una manifestación del “eso habla” (ello) en una zona erógena, algún agujero del cuerpo, que habla sin que el sujeto sepa nada de eso, pero para que el sujeto del inconsciente se manifieste debe haber una cierta modalidad de relación entre el sujeto y el Otro, sólo puede haber pulsión en el seno de la relación transferencial.

Ahora sería oportuno pensar cómo es el recorrido de ésta pulsión. Al respecto nos remitiremos a Eidelsztein en su obra ya citada, quien tomando a Lacan dirá que el recorrido pulsional es equivalente a una flecha, ya que va en búsqueda de una meta, saliendo de un agujero para dirigirse al campo del Otro, tratándose de un recorrido circular que bordea al agujero sólo para retornar de donde salió. Pero aparentando ir hacia el Otro, lo que busca en realidad es taponar la falta que es el sujeto, pero localizada en el propio cuerpo. El recorrido pulsional es un recorrido circular en torno al objeto.

La pulsión gira en torno al objeto a, el cual es vacío objeto de la pulsión y objeto causa de deseo; el sujeto como nada coincide con este objeto y la localización funcional corporal coincide con un agujero del cuerpo biológico.

Como ya dijimos el cuerpo es un lugar de goce y la lesión de órgano es un modo particular de gozar. Se recupera algo del goce mítico perdido a través de los objetos pulsionales.

El sujeto de la lesión de órgano es un **yo soy la** lesión; no es el sujeto dividido, es la propia lesión sin imagen, es el sujeto-asmático.

Indicamos que la pulsión es parcial, su meta es regresar al mismo lugar, el goce vuelve al mismo lugar, no se desliza esto le da su particularidad de real como esto que no cesa de repetirse y vuelve al mismo lugar.

El fenómeno psicósomático viene al lugar de la pulsión. Como no es una pulsión implica un goce específico. Toda pulsión implica un goce específico,

pero como tal responde a articulaciones más allá de cada sujeto, por ejemplo la relación de la pulsión con el deseo.

### V.9.3. Deseo, objeto “a” y goce

El deseo se articula con la cadena significativa, se desliza a través de ellos, es flexible y susceptible a los cambios de ellos. El goce es incompatible con el significativo, no hay deslizamiento, sino retorno al mismo lugar que es el cuerpo.

Entre el sujeto y el real de goce se extiende una escala de satisfacciones parciales y sustitutivas del deseo, cada una de esas satisfacciones es una barrera contra el gozar absoluto. El deseo se debe situar entre el sujeto y el goce. El **gocce** es una ficción, nuestra ficción, es la ficción de un lugar imposible, ya que es imposible que dos representaciones significantes se articulen para nombrarlo.

El deseo se contenta con significantes y con el objeto y de allí resultan lo que dirá Nasio las formaciones de objeto “a”.

Como ya hemos indicado al hacer referencia a lo psicosomático no podemos encontrar una causa explicable desde el orden natural a las alteraciones y trastornos, se considera que se trata de un factor extraño. Desde esta línea se piensa en la intervención del **deseo** puesta en juego para abordar esta incógnita.

El deseo es definido por Lacan como “deseo del Otro”, marcando la relación dialéctica y determinante entre el sujeto y el Otro. El sujeto desea ser objeto de deseo del Otro. El deseo sólo es pensado a partir de otro, es su punto de partida; en cambio en el goce es el cuerpo el lugar de despegue y existencia; sólo un cuerpo puede gozar o no, no interviene el significativo

El cuerpo (constituido como tal gracias a la introducción del significante) dará lugar a que éste goce mítico, desmedido se transforme en goce perdido, tratándose del objeto “a”, y por otro lado un goce fálico, que ya trabajamos con anterioridad.

Los objeto “a” que se encuentra fuera del cuerpo, serían los lugares a los que se dirige la pulsión en búsqueda de su satisfacción, son ellos los que notifican acerca de la pérdida y recuperación del goce; sabemos del goce cuando algo de él se perdió.

Lacan lo nombra objeto a, en cuanto a que es la primera letra de la palabra *autre*, otro.

**Objeto a.** *“Éste objeto es el condensador del goce. Es el representante del goce en el inconciente”*<sup>199</sup>, regula esa dimensión del goce. Representa en parte lo que es gozar, lo cual se puede explicar a través del ejemplo del bebé cuando pierde el pecho materno, se representa aquello que sería un goce imposible, *“gozar localmente de un poco de ese cuerpo es la representación de aquello que sería gozar de todo el cuerpo”*<sup>200</sup>; éste objeto es una muestra de goce, es residual, no habiendo goce sino luego de que algo se perdió

En el caso de una lesión psicósomática existe un sufrimiento local, una perforación local, existiendo separaciones locales adjudicadas al objeto a.

Para Lacan el **deseo** incide sobre el organismo. Para él el deseo directamente perturba al organismo; el punto es pensar en las diversas direcciones que puede esforzar al organismo a tomar. Puede surgir que el deseo no coincida con el anhelo de salud, oponiéndose a la voluntad de sanar.

---

<sup>199</sup> J.D. Nasio. *“Los gritos del cuerpo”*. Paidós.. Bs. As. (1996). Pág.60.

<sup>200</sup> Ibid.

<sup>201</sup> Ibid. Pág. 104.

El deseo en éste tipo de pacientes se encuentra preservado y está llevando muy lejos la barrera contra el goce, el sujeto goza de otra manera, no fantasea como el neurótico, pasa al acto, a la acción.

Es bastante común ver distintos procesos patológicos cuya evolución se ve afectada por ciertas metas, tareas a las que se había dedicado la persona y una vez cumplidas la enfermedad se desarrolla. Parecería que algunas vidas se sostienen hasta logrado cierto propósito.

La dimensión del deseo se afirma cuando se sale de la alienación producida por el encontrarse atrapado en los significantes del Otro.

El deseo irrumpe, producen inestabilidad, impide ajustarlo todo a un funcionamiento fisiológico homeostático, el cuerpo no es algo cerrado y acabado. Interviene lo real, estamos en el lenguaje.

La **lesión de órgano** es una formación del objeto “a”. Según Nasio *“las formaciones de objeto a se equiparan a un desborde de goce, un goce en más, de ahí el nombre de formaciones de objeto a”*<sup>201</sup>.

El objeto “a” es una falta un agujero, un exceso en cuanto a que se ubica fuera del sujeto. El destino de ese objeto es retornar al sujeto como viniendo de lo real. Bajo diferentes formas clínicas las llamadas formaciones de objeto “a”, las cuales utilizan ese goce parcial que retorna al sujeto como viniendo de lo real.

En esta formación de objeto “a” hay una falta de Nombre del padre, cuyo modelo es la lesión de órgano, el objeto se implanta, se injerta en el cuerpo del bajo la forma de lesión.

El objeto “a” no se inscribe en ninguna relación significativa. No se descifra, se vuelve al comienzo, a lo infantil.

---

Lo que se busca con la lesión es el retorno al objeto a.

La lesión de órgano es como si no hubiese tiempo para preguntarse por qué, la lesión aparece y no responden al por qué, aparecen como certezas de ser

Se trata de un fenómeno sufrido, doloroso y a la vez liberador del significante alienante de tener que repetir y repetir hasta las últimas consecuencias. Reactualiza la primer falta.

Son personas que no se interrogan, no se preguntan por el por qué, poseen una narrativa pobre en metáforas.

Esa lesión inscribe al deseo del Otro en la carne cuando el mismo no se puede articular al desvanecimiento del sujeto, al correlato de una existencia simbólica.

#### **V.10. Síntoma y dolencias psicosomáticas**

Al preguntarnos acerca si el fenómeno psicosomático es o no un síntoma implica inmiscuirnos en la problemática subjetiva en el campo discursivo, lugar donde contextualizamos la función del deseo.

Retomando lo que expuso Freud al respecto el síntoma esconde un deseo inconsciente. Su sentido será este deseo, y como tal no es traducible a un significado, se trata de un sentido al que la significación no puede llegar a tocar.

La conversión histérica, sus síntomas, retrocedía frente al recorrido a través de la palabra. El síntoma se traduce en palabras. Los síntomas están estructurados por el significante

Lacan define al “síntoma como una metáfora”<sup>202</sup>. Es el resultado de articulación de significantes, posee un sentido.

Los fenómenos psicósomáticos serían efectos de la acción del significante pero actuaría de forma diferente a cómo lo hace en el caso del síntoma.

Éstos fenómenos no son subjetivables, no involucran al sujeto; poseen un sentido no asumible como tal por la persona, no es fácilmente interpretable por el sujeto como en el caso de un síntoma conversivo

Según él, el síntoma sería cifrado, proviene de una operación de escritura, “es ante todo algo que no cesa de escribirse en lo real”<sup>203</sup>. Esto se relaciona con lo que Lacan afirma acerca de lo psicósomático, considerándolo como “un escrito en el cuerpo que requiere ser descifrado como si fuera un jeroglífico”<sup>204</sup>. Dice esto porque para él el inconsciente va a cifrar, lo laborioso sería descifrar estos jeroglíficos, leer y comprender estos enigmas.

“A través de la palabra, la invención del inconsciente da sentido al goce que estaría involucrado en la enfermedad psicósomática”

Ya hemos hablado de un goce específico con un particular modo de fijación, con una identificación en términos de significante. “La función identificatoria de un goce había sido atribuida por Lacan a lo que denomina rasgo unario”<sup>205</sup>.

---

<sup>202</sup> J. Lacan. “*La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*”. Lectura estructuralista desde Freud. Siglo XXI. México. (1971). Pág. 212.

<sup>203</sup> J. Lacan. *La tercera. Intervenciones y Textos II*. Ed. Manantial. Buenos Aires. (1988). Pág. 96.

<sup>47</sup> J. Lacan.” *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*”. Op cit.. Pág 138-138.

<sup>204</sup> J. Lacan. “*El reverso del psicoanálisis*”. El seminario. Libro XVII. Paidós. Buenos Aires. . (1992).. Pág. 52.

¿Qué sería esto de lo simbólico del Otro real? Como ya sabemos lo simbólico va a actuar en nuestro organismo desde nuestra condición de prematuros, algunos de nuestros órganos como el caso del pecho que es del bebé, está adosado al otro, se encuentra en un terreno ajeno. Ahora, es “real” que este otro falta, este otro es pensado como un órgano que falta, concepto relacionado con el **objeto a**. Este objeto es algo perdido y al mismo tiempo la punta de la insatisfacción

Entonces este organismo vivo y prematuro queda a merced de un Otro, del deseo del Otro. Es en el campo del significante, donde opera este deseo, que produce cortocircuitos en los funcionamientos biológicos, provocando inconvenientes en la acomodación orgánica a la homeostasis

Esta lesión de órgano es el elemento caído, es el ombligo propio de esa realidad, siendo el punto por el cual la realidad se liga a lo real, ya que desde el inicio de la constitución subjetiva lo perdido son los órganos.

Desde el psicoanálisis se piensa que lo psicossomático posee un sentido, adjudicándole un significado no se acaba con él; al tener un sentido indica que estamos en la presencia del significante del Otro que al incluir el deseo no nos conduce a significación alguna, sino que nos libra de ella. Psicossomática y deseo son de vital articulación para entender este tipo de fenómenos.

El psicoanalista actúa sobre lo real del síntoma desde lo simbólico. Según Lacan “la intervención del analista no está en la vía de atribuir significado al síntoma. Nutrir al síntoma, a lo real de sentido, es tan sólo darle continuidad de subsistencia”<sup>206</sup>.

En el caso del fenómeno psicossomático el sujeto esta atrincherado en la lesión, es el sujeto-lesión. Surge un retorno al sujeto de las pulsiones, donde

---

<sup>206</sup> J. Lacan. La tercera. Intervenciones y Textos II Ed. Manantial. Buenos Aires. (1988). Pág. 103.

había un sujeto puro, busca retornar al lugar del Ello; el padecer de un órgano es una manera de cumplir con este retorno pero de un modo rápido, con el cuerpo.

En la lesión orgánica no hay combinatoria. En el síntoma hay sustituciones, desplazamientos de significantes, se produce un nuevo eslabón entre otros constitutivo de otro futuro síntoma; se trata de una formación del inconsciente, siendo descifrable, distinto en el caso de la lesión, aquí hay una formación de objeto “a” y no es descifrable.

En lo psicosomático se encuentra una dificultad discursiva, no es dialectizable. Entonces esta falta de composición dialéctica y la lesión en lo real del cuerpo hacen que no se trate de síntoma desde el punto de vista psicoanalítico.

Concluyendo los fenómenos **psicosomático** no son construcciones neuróticas pero recurrentes en neuróticos. Las reacciones psicosomáticas están fuera de las relaciones narcisísticas yo-objeto. No hay articulación entre los tres registros.

### **V.11. Respuesta psicosomática**

Es muy importante hablar de respuesta psicosomática ya que no se borra la subjetividad del sujeto, es la respuesta de un sujeto frente a la manifestación del deseo del Otro

En esta respuesta no hay ausencia pulsional, se trata de una fijación a un goce en un corte anómalo en el cuerpo que funciona como respuesta a una manifestación del deseo del Otro, sin que el sujeto advenga como hiancia,

desvanecimiento en su respuesta a tal manifestación del deseo, sin que su deseo se articule en su respuesta al deseo del Otro.

Eidelsztein propone pensar a la respuesta psicósomática desde tres factores necesarios para hacer referencia a ella: lesión, falta de etiología médica y biografía.

La lesión se trataría de un corte, discontinuidad real en un órgano o conjunto de órganos; no se trata de un trastorno funcional, lo cual puede ser o no doloroso como visible.

Con falta de etiología médica implica que no poseen origen claro en sentido médico, se trataría de una falta de elemento biológico.

Esta lesión debe estar asociada a sucesos biográficos de la vida de la persona que la sufre. Se trata de que experimente cambios como aparecer, desaparecer, mejorar, empeorar según períodos de estudios, trabajo, fallecimientos, etc.

Se habla de biografía y no de historia ya que ésta última implica sucesos definidos en forma significativa. Puede surgir una inscripción directa en el cuerpo y que ésta se movilice en la fecha de un fallecimiento, pero esta fecha no opera como un elemento histórico. La relación de un hecho real con otro hecho real no es historia. Esta relación no es analizable ya que no es dialéctica ni historizable dada su estructura holofrástica.

Al tratarse de una lesión en lo real carece de articulación. Esta última más la ausencia de historia impide la función terapéutica de la interpretación.

Lo psicósomático no es significativo, se lo piensa desde la inducción del significativo (relaciona algo con otro elemento), se trata de algo ocasionado por el significativo pero sólo en sí mismo no es significativo.

La **necesidad corporal** unifica un conjunto de órganos, esta unificación se desparrama en partes cuando lo psicosomático aparece. Se trata de un órgano cortado de esta necesidad en cuanto a que participa de la misma. Sólo cuando la necesidad corporal está involucrada en la función del deseo se puede pensar a la psicosomática en sentido lacaniano.

Pero esto psicosomático va a conservar un eslabón del deseo; el agujero propio del deseo como deseo de deseo, se lo conserva sin contar con el desvanecimiento del sujeto.

Lo psicosomático es un retorno que produce un agujero extraño en el cuerpo por no incluir al sujeto como nada y por no respetar la oferta real de agujeros en el cuerpo, así implica otra modalidad de no extracción del objeto *a*. Se trata de la no localización del sujeto como falta con relación al deseo del Otro en un agujero ocupado por la pulsión para su localización.

El efecto psicosomático es una respuesta frente al deseo del Otro sin la extracción del objeto *a* como localización del sujeto como pura falta, que le impide al mismo habilitar actos con relación a tal deseo del Otro y operar sobre él.

# **CAPITULO VI**

## **“ANÁLISIS TEÓRICO-CLÍNICO DE UN CASO PUBLICADO”**

## **VI.1. Presentación del caso J.C**

El caso “Alicia José” corresponde a una paciente de la Lic. Carmen Alonso Fernández, psicóloga clínica cuya corriente teórica es Cognitivo-Conductual. El caso pertenece a la ciudad de Madrid, publicado el 26 de febrero del 2009 en la página web de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática: [http://www.semp.org.es/attachments/023\\_psicoterapia\\_cancer\\_mama\\_feb09.pdf](http://www.semp.org.es/attachments/023_psicoterapia_cancer_mama_feb09.pdf).

**Ponente: Carmen Alonso Fernández.**

**Psicóloga Clínica. Madrid**

**“PSICOTERAPIA EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA”**

El caso que presento es el de una paciente con cáncer de mama con una historia de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición del mismo.

El tratamiento psicológico fue breve y se llevó a cabo en dos fases. En la primera entrevista, seguí el modelo que habitualmente utilizo cuando veo por primera vez a un paciente y que he desarrollado a lo largo de mi experiencia clínica con pacientes oncológicos, en la que intento recoger aspectos que considero importantes.

**- Datos personales**

Nombre: Alicia José (posteriormente veremos que el nombre es importante en la historia de la paciente).

Edad: 40 años.

EC: Soltera.

Profesión: Funcionaria, está de baja laboral por la enfermedad.

Vive con dos hermanos: una hermana y un hermano, ambos solteros.

Diagnóstico: Cáncer de mama

Tratamiento: Quimioterapia (QT) preoperatoria + Cirugía + QT + Radioterapia + Hormonoterapia

Observaciones: no está tomando ninguna otra medicación.

**- Antecedentes familiares**

a) Físicos:

Padre: murió a los 69 años de un infarto, hace 9 años.

Madre: murió a los 78 años por un virus (posteriormente sabremos que fue un cáncer de estómago), hace un año.

Es la tercera de 4 hermanos: la mayor es una mujer de 53 años vive sana, casada, es hermana de madre (el padre de la paciente es el segundo marido de la madre). Le sigue otra hermana de 43 años, vive sana, soltera. El pequeño es un hermano de 38 años con “depresiones”, soltero.

En el resto de la familia no hay datos de enfermedad física de interés.

b) Psicológicos-psiquiátricos:

Hermano con depresiones en tratamiento farmacológico.

Una tía paterna con depresiones.

### - Antecedentes personales

a) Físicos:

Menarquía a los 13 años. Menopausia: post-quimioterapia (hace 4 meses)

A los 20 años hemorragia gástrica.

Helicobacter Pylori.

Fibroadenoma desde hace 7 años.

En este momento esto es lo que nos cuenta, posteriormente en una sesión de tratamiento saldrá toda su historia psicósomática.

b) Psicológicos-psiquiátricos:

Cuadro ansioso hace un año que requirió tratamiento ansiolítico.

### - Acontecimientos vitales

- Hace un año cambió de trabajo, choca con un jefe que le hace la vida imposible. “Creo que quizás el cáncer se me desarrolló antes por esto”. Esto le provocó: “tristeza, ganas de llorar, ansiedad”.

- Recibió tratamiento farmacológico: Lexatín.

- A los 6 meses enferma la madre: cirugía y muerte a la semana. “Me afectó mucho, adelgacé. Tomé ansiolíticos desde Octubre a Noviembre. Entonces noté que el Fibroadenoma empezó a crecer de forma desorbitada y en la revisión fue cuando me dijeron lo del cáncer”.

### - Propia personalidad

“Cerrada, introvertida, tímida, antes tenía que hacer un esfuerzo para relacionarme con la gente, a partir de la enfermedad me he abierto más.

Exigente conmigo misma, perfeccionista intento hacer todo bien; altruista intento ayudar a la gente. Más bien triste, no soy muy alegre, soy pesimista.

Afectuosa y lo demuestro. Muy cumplidora, responsable...me encanta regalar, prefiero que no me regalen. Normalmente soy la confidente de los demás, de sus problemas pero yo no le cuento mis cosas a cualquiera...salvo a una amiga a la que le cuento mis cosas, tengo mucha confianza con ella”.

### **- Motivo de consulta**

“Llamé porque me sentía agobiada...al principio lo llevaba bien pero después de la cirugía he empezado a pensar que no me voy a curar (llora)...miedo a tenerlo en otro sitio...delante de mi familia y amigos intento mantener el tipo, es como si me estuvieran engañando”.

### **- Enfermedad**

No voy a detallar todo lo que la paciente cuenta porque no aporta nada a esta presentación, sólo destacar lo más significativo:

En Agosto pasado acude al médico porque el “bulto” de la mama le ha crecido y éste le dice que como anímicamente está mal (muerte de la madre), no tiene importancia y que lo deje hasta Febrero cuando en una ecografía le detectan el tumor.

Le dan QT previa a la cirugía: 4 ciclos “se redujo mucho el tumor”.

Cirugía: Mastectomía radical bilateral + linfadenectomía

QT postoperatoria: cuando la veo está recibiendo el tercer ciclo.

Radioterapia: comenzará después del 4º ciclo de QT.

Efectos secundarios: vómitos y náuseas.

Alopecia: “También se me ha caído el pelo, fue radical con el Taxotere, lo pasé mal por la forma de caerse, fue el primer síntoma de la enfermedad... me rapé y no me quise ver el primer día, luego ya sí...no quiero dar pena, que piensen ¡uf, tiene cáncer, pobrecilla!...ahora con el tratamiento que me están

poniendo, se me han caído hasta las cejas, pestañas...ahora me veo más deteriorada...”

**Terapeuta: ¿Psicológicamente cómo lo has vivido?**

“Al principio lo llevé bien, ya cuando me hicieron la ecografía y me la repitieron pensé: tengo cáncer; se lo dije a mi hermana...no me vine abajo, era algo que ya intuía. Me enfrenté muy bien a la enfermedad, a las pruebas...El bajón ha sido en Septiembre cuando la gente viene de vacaciones y vuelve a la rutina y yo no vuelvo (llora)...el no empezar a trabajar...no puedes planificar nada (llora)...luego surgen cosas”.

**T ¿Por qué crees que te ha pasado?**

“Porque la vida es muy ingrata, he tenido mala suerte...que hay factores externos que te traen mala suerte...para animarme en la primera fase de la enfermedad positivicé las cosas buenas, pero ahora ya no me sirve”.

**T ¿Qué es lo que más te preocupa?**

“Que haya “extensiones” por el dolor físico que pueda acarrear” (usa la palabra “extensiones” por metástasis, posiblemente ésta la asusta más).

**T ¿Qué es lo que más miedo te da?**

“Es lo mismo, que tenga recaídas, cuando ves que la gente recae, piensas también me puede tocar a mí”.

**- Actitud**

“ Hasta ahora he tenido ganas de luchar, que iba a poder, ahora tengo miedo a no tener fuerzas para soportarlo...aunque en el fondo tengo una actitud positiva porque creo que se está avanzando mucho en el tratamiento”

### **- Apoyo**

No está recogido en esta primera entrevista, posteriormente veremos que aunque con los hermanos tiene una relación conflictiva, siente que la cuidan.

También cuenta con una amiga y un compañero de trabajo que la llama para ver cómo se encuentra y esto le gusta.

### **- Estado de ánimo actual**

“No es malo ni tampoco bueno, creo que es mediocre...con la gente de mi alrededor no manifiesto mi estado de ánimo para que no sufran...les oculto cómo me encuentro para que no lo pasen mal”.

Explorando sintomatología emocional destaca: “Ganas de llorar; falta de ilusión; tristeza; me cuesta reírme y distraerme; desesperanza; no veo futuro y el que veo es triste; falta de perspectiva; disminución de la concentración; duermo mal, me despierto enseguida pensando en el problema; come bien; no pensamientos autolíticos...Falta de ilusión, total para que voy a hacer nada”.

Al final de esta primera sesión hago contención emocional y devolución de su situación. Le entrego batería de test para hacer en casa y le digo que escriba cómo se siente y que el próximo día lo traiga.

Encuadre de una sesión semanal, 45-50 minutos.

En esta primera fase tuvimos seis sesiones, las dos últimas cada 15 días por encontrarse mejor de sus síntomas emocionales. El resumen de las mismas es:

- Resultado de los Cuestionarios: HAD (Ansiedad-Depresión), HS (Desesperanza), Control y Afrontamiento (Coping): todos los parámetros están dentro de la normalidad.

- Se observaron síntomas del conocido “Síndrome de Damocles” (miedo a la recidiva) muy frecuente en los pacientes oncológicos; incertidumbre ante el futuro; dificultad para la separación familiar, deseos de individualidad, siente que el grupo familiar la asfixia, se siente atrapada, pero no ve posible, por ahora, el irse a vivir sola.
- Es importante señalar que en estas sesiones cuando habla de la **madre**, lo hace una forma idealizada, como una madre-buena (algo que más adelante veremos que no es así). Lloro cuando lo hace y me pregunto si quizás no ha elaborado el duelo ante su muerte.

“Siempre estuve muy unida a ella, tenía *hambre de madre*...Tenía mucho carácter...yo siempre la quería alagar...”

Se percibe que la paciente tiene recursos adaptativos. Durante este tiempo trabajamos adaptación a su situación actual, así como su miedo al futuro.

#### **- Comentario**

Como ha acabado el tratamiento médico y han remitido sus síntomas emocionales, acordamos que también aquí dejará de venir. Ella lo había demandado y a mí no me parecía mal.

En este caso, como en otros con estos pacientes, se plantea el tratamiento como afrontamiento de lo que está pasando aquí y ahora, aunque se perciba que hay otros problemas de base pero que este no es el momento para abordarlos. En esta paciente, aunque no había hablado mucho de su vida previa, se pudo percibir que había conflictos en la relación con la madre y con los hermanos pero al no ser una demanda específica de la paciente, no entré a abordarlos. Pensé que si volvía, como así fue, quizás ya podría hablar de ello.

Decidimos que parábamos el tratamiento, pero que cuando ella quisiera podía llamar para vernos de nuevo.

## **Segunda Parte**

A los 4 meses de la última sesión, llamó por teléfono para pedir cita.

Destacaré: cuando habla de la madre, de su historia psicósomática y datos de la biografía que escribe.

En la primera sesión comenta que ha finalizado el tratamiento con RT y que aunque físicamente lo ha tolerado bien, anímicamente ha tenido un bajón (coincidiendo con las Navidades)

“Me encuentro mal, con angustia, ganas de llorar, duermo mal...no puedo pensar en el futuro, no quiero...me falta ilusión, esperanza... Físicamente me encuentro cansada, limitada para hacer las cosas”

“Quería verte para que me entendieses”

En una sesión posterior trabajamos repercusión de la enfermedad, destacando sobre todo la limitación y al final escribo: Presenta un cuadro depresivo secundario a proceso de enfermedad. Creo que es necesario tratamiento farmacológico + psicológico. Como ella no sabe de ningún psiquiatra, le propongo ir al psiquiatra del Centro donde realizo mi actividad privada, lo que acepta.

Pido Biografía y propongo sesiones semanales.

Acude a la consulta del Psiquiatra y comenta: “Ayer estuve en la consulta del Dr. X, me vino bien, me di una panzada a llorar (me dice la medicación que le ha puesto)... me dijo que volviera a las tres semanas”.

“Estuve muy cómoda, me dio mucha confianza sentí que me daba permiso para hacer lo que quisiera con lo de salir y hacer cosas...Cuando salí me encontré mejor y me di cuenta que lo que me pasa tiene que ver también con la **muerte de mi madre**...siempre me he valorado poco”.

**T ¿quieres hablarme de tu madre?**

“Siempre he estado muy enmadrada...salir de casa me costó mucho...”

**T ¿cómo era tu madre, preséntamela?**

“Era muy directiva y a la que creo que más ha manejado ha sido a mí...Murió en Agosto, hace dos años...le diagnosticaron un cáncer (recordar que en la primera entrevista dijo que había muerto por un virus, ahora ya puede nombrar la palabra cáncer)

“Cuando me diagnosticaron el cáncer yo creo que estaba de luto”

“Al morir mi padre, mi madre se viene a vivir conmigo y mis hermanos. Yo había comprado un piso con mi hermana y creo que fue un error. Fue a los 32 años, que creo que era la edad ideal para hacer mi vida, mi gusto...creo que a partir de ahí fue ya lo de hacer lo que los demás han querido...”

“Mi madre siempre me hablaba mal de los hombres...nos decía: a vosotras quien os va a aguantar...Hemos vividos todos a la sombra de mi madre, a mi me conocen por ser la hija de ella, no por mi nombre...”

“Cuando mi madre se muere es como si yo también me hubiera muerto...”

**T ¿cuál es tu imagen, cómo te ves?**

“No tengo una imagen de mí...no soy nada...”

“Siempre he tenido un montón de complejos: yo era la fea...mi hermana la que va delante de mí era la guapa...toda la vida mi madre me ha comparado con ella, toda la vida siendo la tonta, la triste, la opacada, fea, estudiosa, la hacendosa...”

“No sé por que mi madre ha querido que mi hermana y yo siendo tan diferentes viviéramos juntas...creo que para fastidiarme...”

“Mi hermana se parece a mi madre: perfecta, alegre, decidida...”

Lee la **biografía** (transcribo lo que fui anotando porque es una pena que no la conserve, normalmente me suelo quedar con ella pero en este caso la paciente la traía, leía, hablábamos y al final se la llevó)

“Somos 4 hermanos, yo soy la tercera, antes del niño”

“Cuando yo nací, lo que se buscaba era un niño, nací porque tenía que nacer un niño, sino no hubiera nacido...yo me he sentido como la desilusión...a mi hermano le he protegido mucho, mimado, de pequeña estaba con él más que con mi hermana, le he mimado tanto que creo que hasta le he perjudicado...le hacía los trabajos del colegio...”

**T le señalo si su nombre le dice algo (es de mujer y de hombre)**

“Claro como esperaban un niño me pusieron Alicia José, mi hermano se llama José...”

**- Enfermedades:**

“Nací muy gordita... a los 6 años me cambió el metabolismo, empecé a adelgazar, estaba más endeble, tenía anginas, fiebres reumáticas...”

“A los 10 años se me paralizaron las cuerdas vocales. Vivíamos en un pueblo pequeño, íbamos al transporte escolar, me caí, me hice una herida, tuve un “susto de tipo nervioso” (es lo que le dijeron los médicos), faringitis. Me trajeron a Madrid donde me dijeron que tenía paralización de las cuerdas vocales”.

La ve un psiquiatra de su ciudad, que le pone tratamiento farmacológico.

“Me duró unos cuatro meses, hablaba muy bajito, la voz no la perdí...ahora creo que fue una llamada de atención: mi hermana la mayor tenía su sitio por ser la mayor, la segunda porque era la buena, perfecta y luego el niño porque era niño, y yo estaba sin sitio...de esta manera estaban pendientes de mí, me mimaban, yo estaba a gusto (llora)...”

“A los 18 años tuve una hemorragia gástrica, perdí bastante sangre...vivía con mi hermana la mayor que estaba casada y yo vine a estudiar...Ella tiene mucho carácter...fíjate que estuve una semana haciendo deposiciones negras, me notaba cansada pero no tuve la suficiente confianza como para decírselo (llora), de esto me doy cuenta ahora...Me diagnosticaron de “úlceras de estrés”...Para mí era la convivencia con mi hermana...”

“El estómago no me ha dado guerra hasta el año pasado cuando muere mi madre, empecé con vómitos. Me hicieron una endoscopia y me dijeron que tenía el Helicobacter Pylori, cuando me iban a dar tratamiento me salió el cáncer (a los 40 años)”

“Al decirte esto, me estoy dando cuenta que las enfermedades se han dado en períodos puntuales de mi vida”.

### **T quieres que lo veamos**

(Ella me va diciendo la edad y lo que le pasa y yo le pregunto qué te dice):

### **- Historia psicossomática**

-Edad- Síntoma- ¿Qué te dice?

6 años: Adelgaza “Dejo de ser niña”.

9-10 años: Pérdida de la voz “Empiezo a ser mujer y no quiero”

18 años: Hemorragia gástrica “No he vivido adolescencia me he perdido algo”

40 años: Cáncer de mama “Se me está acabando ya la vida”

“Me doy cuenta que he estado perdiendo la vida...”

En otra sesión, después de hablar de cómo se siente, me pregunta “¿podemos seguir leyendo?” (biografía)

“Mi madre era muy activa, abierta, siempre había gente en la casa pero a mí eso no me gustaba, ella siempre estaba pendiente de los demás, igual yo añoraba tener mayor intimidad familiar y que estuviera más pendiente de mí...Además, yo siempre era la primera que se levantaba de la mesa para fregar, decía que no me importaba, pero ahora me doy cuenta que sí, que me fastidiaba...eso le hacía a mi madre sentirse reina...”

“Me he sentido la criada y ellas las reinonas...No quiero ir al pueblo porque rechazo esa casa, me he sentido media vida mía la chacha...”

“Siempre me han estado comparando con C que es la guapa. Recuerdo un comentario de mi madre: -me ha dicho el Sr. X Vd. tiene una hija muy guapa...esto me dolía mucho, yo creo que le tenía envidia, no se me ha olvidado, además siempre me da rabia por mi madre por decirlo y por mí porque no lo olvido y eso que han pasado 32 años, o por haberlo oído...”

**T ¿qué te hizo sentir mal?**

“Yo permitía que los demás lo dijeran, pero que lo dijera mi madre, fue bajarme un escalafón...” (el comentario de la madre lo hace delante de una tía de la paciente)

“Una cosa de mi hermana que me molesta es que cuando me llaman mis amigas ella se mete, les habla...no se da cuenta de que son mis amigas...esto no se lo he dicho a ella...”

“Siempre me he sentido fea, quizás he rechazado mi cuerpo”

“Mi madre era como una Lola Flores...siempre nos unía a C y a mí, aún después de muerta...”. Cuenta la historia de la herencia, lo que la pertenece todo está compartido con su hermana C, no tiene nada suyo. Dice que siempre le han tenido por la débil.

En otra sesión dice: “Quiero hablarte de un compañero de trabajo...Demostraba afecto hacia mi de forma diferente pero yo no sentí nada por él...luego ya me cambié de trabajo, corté con él...aunque él ha seguido llamándome...no quiero salir de una dependencia de mi madre y de mi

hermana y meterme en otra...él durante la enfermedad ha estado pendiente de mí...tengo miedo, no se si al fracaso, a que me deje...”

### **T¿ parece que confías poco en ti?**

“Sí, siempre he sido la más fea, la menos válida, la más sosa...No entiendo porqué se ha fijado este hombre en mí...me da miedo que esto no funcione...”

“No recuerdo que mi madre me achuchara, lo he echado en falta (llora)...recuerdo que le decía a mi madre que quería más a mi hermana y ella no lo desmentía, no me decía que no era verdad...”

“Como he visto la muerte, me digo total para qué he nacido”

**- Comentario**

Aparece por primera vez el hombre. Me estoy dando cuenta al transcribir el caso de que del padre no se nada, tampoco ha hablado de su sexualidad, sólo en la sesión de hoy al hablar de esta relación, que por un lado desea y le gusta y por otro le asusta. Recordar que el mensaje de la madre era negativo hacia los hombres y hacia ella “a ti quien te va a querer”.

Pero se van viendo los avances del tratamiento.

**- Otra sesión:**

“Me encuentro muy bien. Ayer estuve con el Dr. (Psiquiatra) creo que estoy mejor que antes de la enfermedad y eso lo hemos conseguido entre las dos...”

“Estoy consiguiendo reafirmar mi personalidad, por temor no hacía ciertas cosas...Creo que me apetece ir a trabajar, ya que tengo flexibilidad horaria”.

“Me he comprado un cochecito...estuve atareada la semana pasada...”

Trae un escrito (recuerdo), en el que sale su miedo a salir, a ser rechazada, infravalorada, comparaciones con la hermana. Miedo a fracasar, al qué dirán.

“Creo que por eso nunca he tenido pareja, para que no me dejen”

A continuación cuenta una historia de un “novio” que tuvo y que le quita una prima.

“Mi madre se preocupaba de mí físicamente, pero no he recibido palabras de afecto, de cariño, de valoración...ni de ella ni de mi padre, él estaba a la sombra de ella, en mi casa era como “El Pescailla” (marido de la Faraona que vivió a la sombra de ella)

“Mejor me hubiera muerto con ella...para vivir como he vivido, mejor muerta...aunque ahora estoy aprendiendo a vivir...casi diría que ha sido una suerte tener un cáncer porque me ha hecho espabilar...”

Sale su nombre, dice que se lo pusieron por el deseo de su madre de haber tenido un niño.

“Cuando me llaman Alicia me gusta, es más mío...mi madre siempre me llamaba Alicia José”.

### **- Comentario**

Por fin aparece el padre, pero un padre que parece que no ha pintado mucho, por el que tampoco ha sido reconocida.

Está dando pequeños pasos en su autonomía, por primera vez tiene algo suyo: un coche.

También vemos en esta sesión como la enfermedad es una oportunidad para vivir de otra forma.

Continuamos con la biografía

“A los 15 años (Instituto) me vine a Madrid con mi hermana la mayor (hermana de madre)...la convivencia con ella fue difícil (llora)...me sentía rechazada, no valorada...”

Habla del rechazo de la hermana, le llama la atención el silencio de la madre cuando dejó la casa de la hermana “nunca me preguntó nada de por qué me fui”

“Tenía la sensación de estar de prestado, igual que en la casa de mis padres...lo que me llevaba a pensar que el problema era...”

“Me han dominado toda la vida...Mi madre muerta sigue manipulándome como en vida (por la herencia)”.

Continuando con la biografía, señalar:

Hizo Magisterio, vivía con dos tías: una soltera y otra viuda.

Se viene a vivir a Madrid con los hermanos que también están solteros y vivían juntos. Ella se encarga de las tareas de la casa. “Lo decidió mi madre...me cargué con el peso de la casa, creo que porque económicamente no aportaba nada...”

De nuevo habla de la relación con la madre: “conflictiva, manipuladora, controladora...me decía que yo era triste, amargada...”

“Me he sentido como una marioneta movida por mi madre...He crecido pegada a mi madre, no jugaba con las amigas, tenía miedo de salir...De pequeña me recuerdo siempre mala, una milindres...luego en el colegio me sentí bien, integrada, una integración que no había sentido en mi familia, creo que me sentía aceptada”.

En otra sesión dice: “Creo que ahora estoy mejor que antes de la enfermedad, antes intentaba no molestar, agradar a los demás, ahora es diferente...La enfermedad me ha hecho espabilar”.

### **- Comentario**

Ahora es capaz de fijarse en los aspectos positivos de la enfermedad y cómo poco a poco va volviendo a la normalidad, sintiéndose cada vez menos en el papel de enferma y más en el de persona normal.

En otra sesión, trae de nuevo a la madre “recuerdo que me decía: eres rara, siempre estás de mal humor, enfadada...era rara porque no era como las demás...me decía que tenía mala leche...”

Las últimas sesiones fueron de evaluación y de despedida. Ya habíamos hablado que si seguía bien finalizaríamos el tratamiento. Ahora llegan las vacaciones de verano y quedamos que a la vuelta nos veremos y si todo sigue bien acabamos la terapia.

Algunos comentarios son:

“Me encuentro muy bien. Estuve con el Dr. (Psiquiatra) me bajó la medicación...me verá después de las vacaciones (de verano) para suspender el tratamiento...Hablamos del futuro...”

“Ahora quiero disfrutar el presente, liberarme del pasado y del futuro...”

### **T ¿qué te gustaría?**

“Seguir igual en el trabajo...ser más individual, independizarme...aunque me da miedo de perder a mis hermanos, mi familia...”

Se plantea como objetivo comprarse un piso y vivir independiente, la mayor dificultad la ve en la relación con la hermana.

Hacemos una valoración de sus aspectos positivos y negativos:

Negativos: Tragar todo, su físico, ser sufridora, la última de la fila, baja autoestima, poco carácter, sumisa.

Positivos: Ser constante, tolerante, cariñosa, ordenada, eficaz, cumplidora, mañosa.

Ideal (lo que la gustaría): Poder decir las cosas, imponer mi criterio.

Trabajamos acerca de ello, de lo que ha cambiado, de lo que puede cambiar y de lo inmodificable.

“Estoy bien, aunque veo que siempre tengo que estar pendiente de mis cosas”

“En general bien en el trabajo”

“Lo que noto es que no me apetece discutir”

“Siento atadura con mis hermanos...mi madre nos casó”

“Tengo sensación de liberación que me ha dado la enfermedad y por haberos conocido a vosotros”.

”Quiero vivir, pero no como hasta ahora...La enfermedad me ha enseñado a vivir...hasta ahora he vivido la vida de los demás, no mi vida...”

### **- Última sesión**

Nos vemos en Septiembre después de las vacaciones del verano.

“El verano bien...estuve 15 días fuera y muy bien, lo he vivido de forma diferente a otras veces.”

“No me ha costado volver al trabajo”

“Creo que he superado un montón de cosas aquí: miedos, inseguridad...”

“La semana pasada pasé la revisión y todo está bien, no he tenido miedo como otras veces”

“Quiero hacerme la cirugía reparadora, ya me han visto los cirujanos plásticos”

“He aprendido a disfrutar de lo que hago”.

#### **- Comentario**

Está muy bien física y psicológicamente, haciendo vida normal, con un buen afrontamiento de su situación, incluso mejor que antes de todo el proceso de la enfermedad. Está pendiente de consulta con el psiquiatra, aunque está ya con dosis mínima de medicación.

Alta por remisión de sintomatología, con la indicación de que si en algún momento lo necesita podemos vernos de nuevo.

### **VI.2. Observaciones médicas del caso**

Se trata de una paciente que recibe el diagnóstico de “cáncer de mama”, enfermedad que ya hemos desarrollado con anterioridad, recordando que se trata de una enfermedad neoplásica maligna (crecimiento anormal de tejido nuevo, tratándose de un tumor que tiende a invadir, metastatizar) del tejido mamario.

**Alopecia:** *“ausencia parcial o completa de pelo debida al envejecimiento normal, a un trastorno endocrino, a una reacción por fármacos, a la medicación anticancerosa o a una enfermedad dermatológica. Denominada también calvicie”<sup>207</sup>.*

**Metástasis:** *“proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo. Puesto que los tumores malignos no tienen cápsulas, las células pueden escapar por circulación linfática o sanguínea, para*

---

<sup>207</sup> “Diccionario de Medicina”. Océano Mosby. España. 2001. Pág. 49.

*implantarse en los ganglios y en otros órganos distantes al del tumor primario*<sup>208</sup>.

**Cáncer de estómago** (mamá): tumor maligno del estomago, aún no se conoce con precisión su etiología. Dentro de sus síntomas más frecuentes podemos nombrar a úlceras gástricas, falta de apetito, pérdida de peso, sangre en heces.

**Hemorragia gástrica:** pérdida de una gran cantidad de sangre procedente del tubo gastrointestinal; dentro de sus síntomas más frecuentes nos encontramos con vómito de sangre roja brillante, heces negras y pastosas, emisión de sangre roja brillante por el ano, etc.; lo cual determinará la localización de la pérdida.

**Helicobacter Pylori:** se trata de un tipo de bacteria específica relacionada con al úlcera péptica o gastroduodenal y el cáncer gástrico.

**Fibroadenoma:** tumor benigno de la mama, compuesto por tejido. No es doloroso, se presenta encapsulado, redondo, movable y firme. Causado por estrógenos superiores a los normales.

### Medicación

**Lexatin:** Un ansiolítico, tranquilizante menor, es un fármaco con acción depresora del sistema nervioso central, destinado a disminuir o eliminar los síntomas de ansiedad.

### Cirugía

**Mastectomía radical bilateral:** *“intervención quirúrgica en la que se eliminan por completo ambas mamas con sus respectivos pectorales y ganglios linfáticos vecinos”*<sup>209</sup>.

---

<sup>208</sup> Ibid. Pág. 869.

**Linfadenectomía:** *“extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos de un órgano o territorio del cuerpo afectado por una enfermedad tumoral. Se realiza para proceder al análisis de la extensión y clasificación de la enfermedad cancerosa, procediendo al estudio de los ganglios extirpados”*<sup>210</sup>.

### **Tratamiento**

**Quimioterapia:** *“tratamiento mediante agentes químicos, utilizados para destruir selectivamente o dificultar la capacidad de reproducción de las células de los tumores malignos”*<sup>211</sup>. *“La quimioterapia es muy efectiva para destruir las células que se dividen rápidamente. Desafortunadamente, la quimioterapia no reconoce la diferencia entre las células cancerosas y las células normales. Las células "normales" volverán a crecer y ser saludables pero, mientras tanto, se presentan efectos secundarios. Las células "normales" afectadas con mayor frecuencia por la quimioterapia son las células sanguíneas, las que se encuentran en la boca, el estómago y el intestino, así como los folículos pilosos; lo que provoca recuentos sanguíneos bajos, afecciones bucales, náuseas, diarrea y/o pérdida del cabello. Diferentes fármacos pueden afectar distintas partes del cuerpo”*<sup>212</sup>.

**Taxotere:** *“taxotere es un fármaco de quimioterapia anticanceroso ("antineoplásico" o "citotóxico"). Taxotere se clasifica como un "alcaloide vegetal", "taxano" y "agente antimicrotubular. Se administra a través de la vena”*<sup>213</sup>.

**Hormonoterapia:** se trata de un tratamiento médico basado en la administración de hormonas. *“El crecimiento y la diferenciación celular de algunos órganos y tejidos están regulados por hormonas, lo que hace que*

---

<sup>209</sup> Ibid. Pág. 849.

<sup>210</sup> Ibid. Pág. 817.

<sup>211</sup> Ibid. Pág. 1103.

<sup>212</sup> [http://www.chemocare.com/es/bio\\_es/taxotere\\_reg\\_ES.asp](http://www.chemocare.com/es/bio_es/taxotere_reg_ES.asp)

<sup>213</sup> Ibid.

*tumores originados en estas localizaciones puedan ser sensibles a los tratamientos hormonales, consiguiéndose un freno o una reducción del crecimiento celular. La hormonoterapia, además de actuar interfiriendo la acción inductora del crecimiento tumoral al cambiar el microambiente celular, en algunos casos actúa modificando el nivel de factores de crecimiento autocrino como el factor de crecimiento transformante alfa, el factor de crecimiento insulínico-1 o el factor de crecimiento transformante beta, lo que proporciona otro efecto antitumoral añadido”<sup>214</sup>.*

**Radioterapia:** *“tratamiento de enfermedades neoplásicas utilizando rayos X o que habitualmente se obtiene de una fuente de cobalto, y cuyo fin es detener la proliferación de células malignas disminuyendo la tasa de mitosis (tipo de división celular que determina la formación de dos células hijas genéticamente idénticas) o alterando la síntesis de ADN”<sup>215</sup>.*

### **VI.3. Una posible mirada psicoanalítica del caso “A. J”**

Haciendo un recorrido por el mismo se fue pensando en una posible mirada desde la línea psicoanalítica, haciendo algunas articulaciones con lo trabajado en el apartado psicosomático.

Se llevó a cabo un tratamiento breve, interrumpido. Lo llamativo es que acude a terapia por sentirse agobiada, por sus propios medios; generalmente son derivados por su médico oncólogo.

---

<sup>214</sup> <http://www.gacetamedicabilbao.org/web/es/abstract.php?doi=000022gl>.

<sup>215</sup> “Diccionario de Medicina”. Océano Mosby. España. 2001. Pág. 1113.

A continuación se extraerán algunos recortes de las entrevistas para su posterior relación.

Como motivo de consulta manifiesta lo siguiente

*“Llamé porque me sentía agobiada...al principio lo llevaba bien pero después de la cirugía he empezado a pensar que no me voy a curar (llora)...miedo a tenerlo en otro sitio...delante de mi familia y amigos intento mantener el tipo, es como si me estuvieran engañando”.*

*“Que haya “extensiones” por el dolor físico que pueda acarrear” (usa la palabra “extensiones” por metástasis, posiblemente ésta la asusta más).*

En vez de referirse al cáncer de estómago de su madre, utiliza la palabra virus; al hablar de metástasis refiere extensiones; parecería que tienen dificultades para nombrar la palabra cáncer y sus derivados, le cuesta nombrar lo referente a ésta patología cáncer, es decir, lo real se ha hecho presente. La paciente carece de significantes que permitan incluirlo en su mundo simbólico.

Consulta por un estado de angustia relevante, refiere miedo a tenerlo en otro sitio, habla de la cirugía pero en ningún momento plantea el significante cáncer como el causante de dicho estado, no puede aún ponerlo en palabras. ¿Qué implicancias tendrá esto para ella?

*“Porque la vida es muy ingrata, he tenido mala suerte...que hay factores externos que te traen mala suerte...para animarme en la primera fase de la enfermedad positivicé las cosas buenas, pero ahora ya no me sirve”.*

No se implica en la situación, la vida ha sucedido en función de la suerte; tanto ella como su padecimiento son determinados por el azar.

Al comienzo se ve la dificultad para preguntarse, estamos ante un discurso cerrado, en bloque, compacto; es decir en forma de holofrase.

*“...El bajón ha sido en Septiembre cuando la gente viene de vacaciones y vuelve a la rutina y yo no vuelvo (llora)...el no empezar a trabajar...no puedes planificar nada (llora)...luego surgen cosas”.*

Para ella los demás se van de vacaciones, regresan pero su viaje no es de regreso, se somete a un receso laboral forzado

Luego del fallecimiento de su mamá el Fibroadenoma, que se venía comportando de manera invariable durante siete años, adquiere nuevas características la más llamativa es su cambio de tamaño, dando lugar a un cáncer de mama.

Parecería que a partir de éste hecho biográfico, esta formación alojada en su mama es reanimada acarreado sufrimiento para el sujeto. De ser un tumor benigno se transforma en uno maligno; el cáncer se desencadena a través de una vía ya facilitada.

La situación de duelo no elaborada parecería estar ligada en una cadena asociativa con el surgimiento del cáncer.

Alicia se ve enfrentada ante pérdidas relevantes en su vida tales como su madre, luego el pelo, su actividad laboral. Esta situación conlleva la inconsistencia del Otro, lo que la remite a su propia falta y a una pérdida de su lugar en el deseo del Otro.

Al referirse a su estado de ánimo menciona: “No es malo ni tampoco bueno, creo que es mediocre...con la gente de mi alrededor no manifiesto mi estado de ánimo para que no sufran...les oculto cómo me encuentro para que no lo pasen mal”.

Parecería que no puede decir, mostrarse en falta frente al Otro, en la medida en que se esfuerza por sostener la ilusión de completud frente a éste. Esta relación, en la que predomina lo especular, deja por fuera la posibilidad de encontrarse ante la falta, obturando su propio deseo, no apareciendo su subjetividad en juego.

*“Somos 4 hermanos, yo soy la tercera, antes del niño”*

*“Cuando yo nací, lo que se buscaba era un niño, nací porque tenía que nacer un niño, sino no hubiera nacido...yo me he sentido como la desilusión...a mi hermano le he protegido mucho, mimado, de pequeña estaba con él más que con mi hermana, le he mimado tanto que creo que hasta le he perjudicado...le hacía los trabajos del colegio...”*

### **T le señalo si su nombre le dice algo (es de mujer y de hombre)**

*“Claro como esperaban un niño me pusieron Alicia José, mi hermano se llama José...”*

En ésta viñeta se pone de manifiesto cómo Alicia se encuentra con algo del deseo de sus padres y en qué manera su llegada, su nacimiento rompe la ilusión del hijo varón.

Ante ésta situación parecería ser que la posibilidad de ser mirada por éstos padres es cerca del orden de lo masculino, toma posición ante la vida desde dicho orden, es decir, estos primeros vínculos marcan un modo de posicionarse frente al Otro se trata un único lugar posible de ocupar por Alicia.

*“Al morir mi padre, mi madre se viene a vivir conmigo y mis hermanos. Yo había comprado un piso con mi hermana y creo que fue un error. Fue a los 32 años, que creo que era la edad ideal para hacer mi vida, mi gusto...creo que a partir de ahí fue ya lo de hacer lo que los demás han querido”*

Tras la muerte del padre parecería ser que la paciente va a ocupar el lugar del tener, nuevamente surge lo masculino en la escena,

Cuando parecería presentificarse algo del orden de la realización de su deseo, acontece el fallecimiento de su padre. Ante tal circunstancia, Alicia se ubica nuevamente en el lugar de ser sostén para el otro, y comienza a advertirse de su modalidad de funcionamiento en la relación con los demás.

*“A los 10 años se me paralizaron las cuerdas vocales. Vivíamos en un pueblo pequeño, íbamos al transporte escolar, me caí, me hice una herida, tuve un “susto de tipo nervioso” (es lo que le dijeron los médicos), faringitis. Me trajeron a Madrid donde me dijeron que tenía paralización de las cuerdas vocales”.*

La ve un psiquiatra de su ciudad, que le pone tratamiento farmacológico.

*“Me duró unos cuatro meses, hablaba muy bajito, la voz no la perdí...ahora creo que fue una llamada de atención: mi hermana la mayor tenía su sitio por ser la mayor, la segunda porque era la buena, perfecta y luego el niño porque era niño, y yo estaba sin sitio...de esta manera estaban pendientes de mí, me mimaban, yo estaba a gusto (llora)...”.*

Otra forma que encuentra para ser mirada por sus padres es a través del padecimiento físico, ofrece su cuerpo como entrega al Otro, como un pago a cambio de ocupar un lugar para esta madre. La aparición de un síntoma conversivo, aparece como respuesta a la pregunta por el deseo del Otro. Ocuparía un lugar en el campo del Otro a través del padecimiento de su cuerpo.

*“Siempre he tenido un montón de complejos: yo era la fea...mi hermana la que va delante de mí era la guapa...toda la vida mi madre me ha comparado con ella, toda la vida siendo la tonta, la triste, la opacada, fea, estudiosa, la hacendosa...”*

*“No sé por que mi madre ha querido que mi hermana y yo siendo tan diferentes viviéramos juntas...creo que para fastidiarme...”*

*“Mi hermana se parece a mi madre: perfecta, alegre, decidida...”*

El significante “guapa” es reiterado en varias oportunidades, el atractivo físico es puesto en valor por Alicia, incluso se movería como si sólo hubiese un único lugar: el de ser guapa en la vida; se es guapa o se es fea, (falo – no falo). Tratándose de un solo lugar posible se movería desde el orden imaginario, son los otros los privilegiados, no ella, por lo que quiere lo que cree que los otros tienen. Se apuntala bajo este funcionamiento, un modo de satisfacción narcisista.

En esta familia la figura paterna no se encontraría presente

*...él estaba a la sombra de ella, en mi casa era como “El Pescailla” (marido de la Faraona que vivió a la sombra de ella)*

*“Mi madre siempre me hablaba mal de los hombres...nos decía: a vosotras quien os va a aguantar...Hemos vividos todos a la sombra de mi madre, a mi me conocen por ser la hija de ella, no por mi nombre...”*

*“Cuando mi madre se muere es como si yo también me hubiera muerto...”*

Prima el deseo materno, por encima de la ley paterna, la exogamia no esta posibilitada en esta familia, “mi madre nos caso”. Se vive a merced del deseo caprichoso de la madre.

Aquello que viene a dar cuenta de la falta, aparece desde el discurso materno como lo rechazado, lo desvalorizado. Las posibilidades de ir en búsqueda de otros objetos de satisfacción diferentes se encuentran dificultadas.

Tras la muerte de la madre, en tanto ésta representante del Otro para Alicia, la deja sin un Otro que la mire, sin un lugar en el campo del deseo de ese Otro.

*“Mejor me hubiera muerto con ella...para vivir como he vivido, mejor muerta...aunque ahora estoy aprendiendo a vivir...casi diría que ha sido una suerte tener un cáncer porque me ha hecho espabilar...”*

Está dando pequeños pasos en su autonomía, por primera vez tiene algo suyo: un coche.

También vemos en esta sesión como la enfermedad es una oportunidad para vivir de otra forma.

Algo de su deseo se estaría deslizando poco a poco, este cáncer le habría permitido espabilar, avivándola, despertándola de un ensueño de disposición total hacia el Otro.

Comenta en varias oportunidades que prefiere no hacer, no animarse a una relación a conocer, encontrarse con un hombre, lo cual la remite a su feminidad y lo imposibilitada que se siente ante el ejercicio y disfrute de su sexualidad.

Sería importante pensar cómo se ha expresado la sexualidad en la vida de Alicia José, cómo llega Alicia a ser la mujer que es hoy. Podríamos decir que a lo largo del caso vimos que lo referente a su sexualidad ha quedado relegado, parecería que lo que concierne al placer, realización personal, relaciones de pareja no fueron áreas manifiestas en su discurso, sólo en la última parte del tratamiento aparecen en escena.

Al hacer un ejercicio con la terapeuta acerca de su historia psicosomática (en el que la paciente dice su edad, lo sucedido y la psicóloga le pregunta qué le dice ello), se desprenden datos significativos:

*-Edad- Síntoma- ¿Qué te dice?*

*6 años: Adalgaza “Dejo de ser niña”.*

*9-10 años: Pérdida de la voz “Empiezo a ser mujer y no quiero”*

*18 años: Hemorragia gástrica “No he vivido adolescencia me he perdido algo”*

*40 años: Cáncer de mama “Se me está acabando ya la vida”*

*“Siempre me he sentido fea, quizás he rechazado mi cuerpo”*

Comenta que al nacer era gordita, luego a los 6 años cambia su metabolismo y adelgaza, lo cual la lleva a manifestarse endeble, enferma de anginas y fiebres reumáticas. Pierde peso y lo relaciona con dejar de ser niña, pierde la voz a los 9-10 años comienza a ser mujer y no quiere, es decir, pareciera que perder algo desde su cuerpo “peso, voz” va directamente relacionado con su desarrollo sexual.

También resulta llamativo el significante “pérdida” es recurrente y está vinculado en cuanto a su cuerpo.

Desde el orden de lo masculino encontramos los siguientes fragmentos del caso: *“Quiero hablarte de un compañero de trabajo...Demostraba afecto hacia mi de forma diferente pero yo no sentí nada por él...luego ya me cambié de trabajo, corté con él...aunque él ha seguido llamándome...no quiero salir de una dependencia de mi madre y de mi hermana y meterme en otra...él durante la enfermedad ha estado pendiente de mí...tengo miedo, no se si al fracaso, a que me deje...”*

*“Siempre he sido la más fea, la menos válida, la más sosa...No entiendo porqué se ha fijado este hombre en mí...me da miedo que esto no funcione...”*

El mensaje de la madre era negativo hacia los hombres y hacia ella *“a ti quien te va a querer”*.

Cuenta una historia de un “novio” que tuvo y que le quita una prima.

Aparece el padre, pero un padre que parece que no ha pintado mucho, por el que tampoco ha sido reconocida.

Nos interesa pensar cómo Alicia se posiciona frente a la figura masculina; desde su familia podemos ver que lo masculino estaría en el lugar desde lo inhibido, tratándose de un padre que se encuentra a la sombra de ésta madre omnipotente, su hermano José es un hombre que padece depresión, soltero, vive con ellas.

Tal vez Alicia José se encuentra identificada con estas figuras masculinas de su familia, ella también se posiciona a la sombra de su madre, sosteniéndola en éste lugar de madre fálica, como también lo hace con su hermana.

En cuanto a lo estético, está muy pendiente de las apariencias y valoración de la belleza, es decir, dentro del campo de lo imaginario. Pero nos resulta importante recalcar que no manifiesta incomodidad hacia su mastectomía bilateral, teniendo en cuenta que las mamas son valoradas socialmente desde lo estético, son una clara característica sexual femenina y denotan diferencia con el sexo masculino.

Esto que puede venir a dar noticia de la diferencia es enfermado y extirpado en la vida de Alicia.

Sabemos que el desarrollo sexual queda como material reprimido del inconsciente; pero desde lo observado podríamos decir que en el caso de Alicia trataría de un tipo de fijación preedípica, Alicia se encontraría sosteniendo a esta madre fálica, omnipotente, poseedora del falo.

Otro aspecto a mencionar es a tomar desde Freud cuando plantea que el primer objeto sexual es el pecho materno,

Ahora bien, si pensamos en el órgano mama, en el cual se localiza el cáncer, debemos tener en cuenta que éste es un órgano cuyo desarrollo implica un carácter sexual secundario; denuncia un crecimiento físico y sexual en la mujer.

Pensar esto en nuestro caso implica analizar cómo se posiciona Alicia frente a ello, debemos tener en cuenta que sus cambios y duelos no han sido posibilitados en su elaboración desde el núcleo familiar, estamos ante una madre que ha remarcado su parecer acerca de la fealdad de su hija, con lo que Alicia se ha quedado, incluso reafirmando en su decir y accionar.

¿Cómo se posiciona la paciente frente al cáncer de mama?

Alicia asume la castración del Otro a costa de su deseo, es en la medida que mantiene su deseo como insatisfecho que puede seguir sosteniendo un Otro sin falta que le dará una satisfacción toda.

El sujeto se posiciona en el lugar de la falta del Otro, buscando ser el falo, aquello que le falta al Otro castrado. Lo problemático resulta cuando ya este Otro no está, es decir, su madre; y pierde su lugar de objeto para el Otro es desde éste momento que comienza a desencadenarse el cáncer.

En todo momento se coloca en la postura de menosprecio en relación a su madre y hermana, ellas son las admiradas, bellas, y Alicia la mala, fea, rara

Le interesa mucho más ser objeto de amor que amar

En cuanto a su maternidad, ni siquiera surge a lo largo del tratamiento, menos aún las implicancias de la mastectomía bilateral, dato muy llamativo. Plantearse el acceso a la maternidad implica desear tener un hijo y la posición de deseante ha estado dificultada hasta entonces.

La mirada de la madre la agredía nunca era tierna, y cuando niña sentía una fuerte necesidad de estar pegada a ella, aun cuando ella le fuera indiferente y hostil.

A pesar de sentirse siempre anulada por la madre, que la miraba como si no existiera. La llamaba y buscaba constantemente. No es de ella de quién hablaba, sí de sus hermanos

Alicia describe a una madre invasora, narcisistamente volcada en sí misma. Era una madre no le concedía ninguna autonomía, ni le reconocía ninguna independencia.

No pudo introyectar una imagen materna protectora y tranquilizante, continente del sufrimiento; no arribó una figura maternizante que pudiera marcar sus límites corporales y permitirle controlar sus emociones, debía buscarse ahora en el cuerpo que sufre, es éste cuerpo el que actúa como límite real, otorgando un lugar de goce específico, a través de la afección del órgano mama. Quizá solamente su cuerpo le pertenecía verdaderamente y sólo tenía voz a través de un cuerpo sufriente. Se posibilita a fines del tratamiento la posibilidad de buscar objetos externos para poder llevar a cabo una real vida sexual.

A través del tratamiento el odio que sentía por su madre dejó de atemorizarla para comenzar a sorprenderla, al tiempo que descubría que ese odio no le impedía aceptarla encontrando un posible lugar para sí, ocupándose tal vez de ella misma, dejando de estar pendiente de la mirada del Otro; aceptando de éste modo lo que lo que se ponía delante de sí, es decir su querer hacer con su propia vida.

En Alicia habría una pérdida significativa no sufrida, no duelada, excluida, porque la intensidad era tan grande que la habría arrasado. Ella se fue con su madre, en realidad ella siempre vivió a la sombra de ésta, Por esto lo deja fuera

de lo psíquico actuando el cuerpo como un afuera. Resultando importante encontrar la situación de pérdida y poner el dolor, el afecto, la emoción, la carga libidinal del hecho.

Se trata de ponerle palabras para que deje de hacerse carne "; insertar lo que se pueda Esto denotaría que Alicia no contaba con los recursos necesarios para tramitar simbólicamente la angustia, por lo que la imprime en el cuerpo.

A partir de acá se comprende eso de que el paciente afectado por la afección psicosomática en análisis "habla, habla y habla" de su afección, sin que en ese hablar exista algo del sujeto, pero Alicia hace asociaciones, las puede hacer en tanto habla, puede hacer asociaciones en determinadas redes de significantes, pero en otra serie de Significantes se queda sin palabras, no le es posible la sustitución, no le es posible la Metáfora, pero... ¿Dónde no puede metaforizar? En la afección; ¿Dónde no asocia? No asocia sobre la afección. Esto es lo real del cuerpo.

Para "despegar" a los significantes, tenemos que hacer surgir al significante, tenemos que intentar que el mismo funcione en relación a la cadena significativa y así se haga posible la implicación del sujeto.

Cuando Alicia debiera estar en afánisis, es decir, cuando tuviera que operar con su falta, no sólo con su identificación significativa, esto no ocurre, es como si se detuviera todo el proceso por un instante. O sea, no puede operar con falta, vacío.

Pero el cáncer esta desapareciendo como lo hizo su madre; viéndose una búsqueda por reparar, encontrar su camino y su querer hacer en el mundo.

Vemos que esta afección mamaria se trata de una manifestación en el cuerpo femenino que denuncia un particular modo de subjetivación de la femineidad. Un "modo de enfermar" como premisa para el logro de la identidad

sexual, impuesto primero y luego subjetivado por la mujer como condición para Ser Mujer. Considerando que Alicia se va alienando a los significantes impuestos por su madre, construyendo su identidad sexual desde ellos. Significa la sexualidad desde la asexualidad.

A veces las enfermedades somáticas representan intentos de supervivencia psíquica, el refugio del mundo interno, que no encuentra otras vías de expresión. En este paradójico sentido, la enfermedad somática no deja de ser una creación propia del sujeto que, si bien pone en peligro la vida orgánica, es quizá recurso de salvación de la psíquica

No se trata entonces en el análisis de interrogar la lesión psicósomática, sino de interrogar esa demanda holofrásica que no pudo ser interrogada por el sujeto. No se trata de sintomatizar la lesión, sino de reintroducir la dimensión del significante

Sabemos que el sujeto aparece cuando en la cadena significativa se producen irregularidades, tropiezos. Es decir, se trata de reinsertarla en lo simbólico

## **Conclusiones**

En la presente tesina se llevó a cabo un recorrido sobre nociones básicas desde el saber médico acerca del órgano mamario y cáncer de mama, posteriormente realizamos un recorrido por la teoría psicoanalítica propuesta por su fundador Sigmund Freud hasta llegar a la lectura de Jaques Lacan, con su aporte desde la línea psicoanalítica francesa.

Durante éste camino llevado a cabo nos encontramos con que en la actualidad el ámbito de la salud ha dejado de ser exclusivo del quehacer médico, las formas de enfermar y de sanar exigen debates desde otros tipos de pensamientos. El saber médico se ha visto en la necesidad de reconocer la importancia de los factores subjetivos en el origen y evolución de los fenómenos psicosomáticos.

Decimos esto ya que en la búsqueda de la etiología del cáncer de mama encontramos que no existe un punto final, una afirmación científica y acabada acerca de los factores orgánicos de dicha patología, abriendo esto la posibilidad de considerar factores de índole subjetiva que podrían estar implicados

Es decir; estamos abordando una enfermedad que nos permite afirmar que nos encontramos frente a una etiología incierta, un conocimiento precario, a un no saber científico-médico, lo cual actúa como posibilitador; ya que sostenemos que ésta incertidumbre sirve de articulación para trabajar desde la medicina y el psicoanálisis tomando sus aportes, considerando que tanto el objetivo de una como de otra es trabajar en el área de la salud; ya que estamos frente a una persona que sufre y padece, hay un órgano lesionado y un sujeto portador de sufrimiento.

Podremos pensar que esta patología podría tratarse de un fenómeno psicosomático; éste enfoque nos llevaría a considerar que la somatización implica fallas en la constitución de la subjetividad; es decir que estamos ante una realidad psíquica que tiene dificultades en sostenerse y sostener al sujeto, por lo tanto lo pulsional recurre a lo que tiene a su alcance “el **cuerpo**”, actuando éste como portavoz de dicha situación.

Es necesario inmiscuirnos en la noción de cuerpo desde el psicoanálisis para continuar con estas conclusiones.

Sabemos que desde la medicina se habla de cuerpo en cuanto a lo anatómico, orgánico, biológico, se trata de lo evidente observable a través de lo físico externo y orgánico interno.

Freud en su largo recorrido y abordaje acerca de la histeria y sus observaciones y estudio de la sexualidad humana; nos remitirá a un cuerpo investido libidinalmente, referirá que nos encontramos con un cuerpo erógeno, el cual se vincula con un desarrollo libidinal, siendo la libido la que irá marcando ésta corporalidad erógena.

Lacan nos muestra que no nacemos con un cuerpo ya conformado; así como el yo, el cuerpo es algo a construir, el sujeto se encuentra con la tarea de construir su cuerpo. Manifestará que se necesita de la imagen de otro para llegar a la falsa y necesaria ilusión de la unicidad del cuerpo propio, se trata de un cuerpo imaginario.

Como afirmó en su momento el lenguaje nos preexiste; antes de nacer estamos atravesados por el mundo simbólico, el significante ejerce su influencia irrumpiendo en el organismo, es decir que el organismo funciona dependiente de las marcas trazadas por el significante, afectando directamente al órgano y a las conexiones biológicas entre todos los órganos.

Somos hablados antes de nacer, estamos ante el poder de la palabra que afecta tanto nuestros tiempos biológicos como las alteraciones químicas producidas en nuestro interior.

El cuerpo simbólico nos muestra que el cuerpo es una construcción y resultado de la incorporación del lenguaje.

Ahora bien, resulta que algo quedó fuera de la imagen especular, se trata de lo que no puede nombrarse; es decir estamos ante un goce no manejado por el significante, teniendo en cuenta que éste es el que determina lo que es cuerpo de lo que es carne, el cuerpo real es ésta carne vinculada con el goce del cuerpo intocable por la función significante, goce no evacuado. Es real en la medida en que no puede ser aprehendido por el significante.

Desde ésta posición subjetiva y este cuerpo a construir, también resulta relevante pensar en la particularidad de cada paciente que padece dicha enfermedad en relación a la significación atribuida a la mama como parte de su cuerpo.

Es necesario recordar la funcionalidad de la mama; estas glándulas constituyen un carácter sexual secundario, por ello cumplen no sólo la función nutritiva sino que desempeñan un importantísimo papel en la silueta femenina, en la sexualidad y en el erotismo. Las mamas por su función y por su carácter sexual y erótico, precisan de unos cuidados estéticos, físicos, médicos y en ocasiones quirúrgicos.

Resulta llamativo cómo en la cultura de la imagen en la que estamos insertos se cuida de ellas, incluso vemos que adolescentes de 14-15 años buscan realizarse cirugías estéticas para obtener las medidas que consideran atractivas.

Constituyen un papel importante en la constitución de la sexualidad femenina, recordando que es el único órgano que no está desarrollado en el

momento del nacimiento, la glándula y los pezones se desarrollan en la pubertad. Se trata de un órgano que marca diferencia entre varones y mujeres en cuanto a su constitución física y diferenciación de carácter sexual.

Ahora bien, consideramos relevante para pensar el concepto de fenómeno psicosomático, introducir la diferencia entre éste fenómeno y los síntomas conversivos.

Si la **sintomatología conversiva** puede atribuirse a la mediación simbólica del cuerpo En éste tipo de sintomatología el inconciente encuentra una vía de expresión a través del cuerpo, de una zona erógena más precisamente. Se trata de cifras, descifrar el deseo inconsciente subyacente es la tarea del análisis.

En el fenómeno psicosomático no hay simbolización posible. Todas las producciones subjetivas –fantasías, sueños, deseos, asociaciones- quedan puestas en entredicho y el cuerpo, a falta de sujeto que lo haga, habla. Las fallas en la constitución subjetiva se encarnan y el cuerpo enferma. Se goza a través del cuerpo.

El síntoma conversivo es la realización de un deseo inconciente. Es una marca en el cuerpo del sujeto sin producir lesiones orgánicas. El cuerpo es usado por el inconciente para decir, y lo llamativo es que se trata de una zona erógena la utilizada, desprendiéndose la íntima relación entre el inconciente y la sexualidad, es decir estamos ante un cuerpo signficante para el síntoma.

En el fenómeno psicosomático no se lesionan directamente las zonas erógenas habituales, sino que hay un goce fuera de estas zonas de borde, lesionando un órgano por ello lo consideramos goce específico.

Todo ello nos permite entender al cuerpo de manera mucho más amplia, esto es, no sólo como el cuerpo enfermo o lesionado sino el cuerpo en sí, desde un lugar corporal que encuentra el sujeto.

Como característica fundamental de éste tipo de fenómeno encontramos la ya nombrada **holofrase**, manifestando esta no diferenciación entre significantes, es decir estamos ante un S1 absoluto, los dos significantes quedan aglomerados, congelados no dando lugar a la afánesis del sujeto, no hay surgimiento del sujeto, el goce queda sin articulación en el orden de lo simbólico dada la relación dificultada con el Otro, por lo tanto éste goce lesionará directamente al órgano, de ésta holofrase nada se dice, por lo tanto se hace carne.

Al preguntarnos por el sentido de éste cáncer de mama, sólo podemos pensar que se trata de una respuesta a una fijación de goce específico, no es descifrable, no hay un sentido dado por el significante, no hay S2.

En el fenómeno psicossomático no aparece un sujeto dividido por efecto del lenguaje, no hay una estructura psicossomática, ni un sujeto psicossomático- hay un sujeto que padece cáncer de mama- es una reacción que se puede presentar en cualquier estructura, por lo tanto, el fenómeno psicossomático es Transestructural.

Ahora bien, ¿ésta situación cómo es observable para el analista? Encontramos que éste tipo de personas encuentran dificultades para hablar acerca de su enfermedad, para asociar libremente, crear sueños.

El paciente psicossomático se somete a análisis y lo orgánico es sustituido por el trabajo en la indagación del sujeto frente al Otro.

El discurso involucra. *“El discurso en sentido psicoanalítico no se reduce a la textualidad de los significantes para incluir la dimensión subjetiva de lo fantasmático. La invención del inconsciente apunta a exponer lo que se impone al sujeto según la índole de los discursos en que éste aparece situado”*<sup>216</sup>.

Dentro del análisis los dos ejes que lo dirigen son el eje inconsciente y el del goce del cuerpo.

---

<sup>216</sup> Raúl Courel. *“La cuestión psicossomática”*. Editorial Manantial. (1996). Bs. As. Pág 104

Sólo trabajando en el orden simbólico puede el analista producir cambios en la posición subjetiva del analizante, estos cambios generarían también efectos imaginarios, puesto que lo imaginario es estructurado por lo simbólico el orden simbólico es el determinante de la subjetividad y el reino imaginario de imágenes y apariencias; es sólo efecto de lo simbólico. Por lo tanto el psicoanálisis debe penetrar más allá de lo imaginario y trabajar en el orden simbólico.

La palabra supone la existencia de un hablante y de un oyente, es un acto que genera sentido a medida que se habla y les da a los hablantes una identidad, el habla determina la posición del hablante, le da un lugar. Cuando un paciente habla emergerán significaciones inconscientes.

Se trata de abrir un espacio que permita la circulación del deseo, se trata de trabajar desde la posición subjetiva del paciente, no se trata de dirigir la atención a la enfermedad, es decir, implica desviar el punto focal, que el sujeto se mueva de esta paralización dada por los significantes aglomerados en el absoluto “enfermo de cáncer de mama”, buscando su propio nombre y no el que le otorga la enfermedad.

### **Bibliografía**

A. **Fernández-Cid** y cols. “Mastología”. Editorial Masson. Barcelona. (2000).

**Lynn, J; J. Carey; M. Bamshad.** “*Genética Médica*”. Editorial Harcourt España. (2000).

**Francisco E. Gago y Cols.** “Ginecología en la atención primaria”. Editorial Ascune. Buenos Aires. (2008).

**Jorge Ventura.** Revista todo Osep. Nº 75. “Cáncer de mama, detección precoz en el camino”. (2009). Mendoza

“Diccionario de Medicina”. Océano Mosby. España. 2001. Pág. 49.

#### **Términos médicos y oncológicos del órgano mama**

Disponibles en:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Mama>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Oncolog%C3%ADa>

<http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0303110009A.PDF>.

[http://www.chemocare.com/es/bio\\_es/taxotere\\_reg\\_ES.asp](http://www.chemocare.com/es/bio_es/taxotere_reg_ES.asp)

<http://www.gacetamedicabilbao.org/web/es/abstract.php?doi=000022gl>.

**Sigmund Freud.** “*Obras Completas*”. Ed. Amorrortu.

S. Freud.” *Histeria*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo I (1888).

S. Freud. 33ª Conferencia:” *La Femenidad*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo I. (1888).

S. Freud. “*Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo (1893 [1888-93]).

S. Freud “*Sobre la psicoterapia de la histeria*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893).

S. Freud “*Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893).

S. Freud. *La etiología de la histeria*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo III (1896).

S. Freud “*La sexualidad en la etiología de la neurosis*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo III (1898). Pág 273.

S. Freud. “*Tres ensayos de teoría sexual*”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo VII. (1905).

S. Freud “*La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XI (1908).

S. Freud. “*La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo IX (1908).

S. Freud. *Apreciaciones generales sobre el ataque histérico*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1909 [1908]).

S. Freud. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XI (1910 [1909]).

S. Freud. “*Introducción al narcisismo*”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1914).

Freud. “Pulsiones y destinos de pulsión”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIV. (1915). Pág. 108.

S. Freud. Sobre la psicoterapia de la histeria. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo II (1893-1895).

S. Freud en la 19ª conferencia “Resistencia y represión”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]).

S. Freud en la 18ª conferencia “*La fijación al trauma, lo inconciente*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]).

S. Freud en la 23ª conferencia “*Los caminos de la formación de síntoma*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XVI (1917 [1916]).

S. Freud “*Inhibición síntoma y angustia*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XX (1926 [1925]).

Freud. “*Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas entre los sexos*”. Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XIX (1925).

S. Freud. “*El malestar en la cultura*”. Ed Amorrortu. Buenos Aires. Tomo XXIII (1930[1929]).

**Evans, Dylan.** “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Editorial Paidós. Bs. As. (2005).

**Laplanche y Pontalis.** “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed Paidós. Buenos Aires. (1996).

Apuntes **CEPAS.** Curso “*Formación de educadores en sexualidad*”. Mendoza. (2009).

**Raúl Courel.** *“La cuestión psicosomática”*. Ed. Manantial. Buenos Aires. (1996).

**J.D. Nasio.** *“Los gritos del cuerpo”*. Ed. Paidós. (1996).

**A. Eidelsztein.** *“Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan”*. Ed. Letra Viva, Bs. As. (2001).

**J. Lacan.** *“El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”*. Escritos I. Ed Siglo XXI, Buenos Aires. Tercera Edición, 1985.

**J. Lacan.** “El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. El Seminario. Libro II. Ed Paidós. Buenos Aires, (1987).

**J. Lacan.** “La instancia de la letra en el inconsciente”. Escritos 1. Siglo XXI. Bs. As. (1992).

**J. Lacan.** “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Intervenciones y textos”. Ed Manantial. Buenos Aires. Pág. 140.

**J.Lacan.** “El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. El Seminario. Libro 2. Paidós. Barcelona. (1984).

**J. Lacan.** “La angustia”. El Seminario. Libro X. Ed. Versión Integra. (1962-1963).

**J. Lacan.** “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”. El seminario, libro XI. Paidós. Buenos Aires. (1987).

**J. Lacan.** “El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. El Seminario. Libro II. Ed Paidós. Buenos Aires. (1987).

**J.Lacan.** “Psicoanálisis y medicina”. Intervenciones y textos, 1. Ed. Manantial. Bs As. (1985).

**J. Lacan.** “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud”. Lectura estructuralista desde Freud. Siglo XXI. México. (1971).

**J. Lacan.** “El reverso del psicoanálisis”. El seminario. Libro XVII. Paidós. Buenos Aires. . (1992).

**J. Lacan.** La tercera. Intervenciones y Textos II Ed. Manantial. Buenos Aires. (1988).