

La paradoja de lo psicosomático: síntoma en tiempos del furor de sanar

Angie Marcela Valderrama Mantilla

Director: Carlos Germán Celis Estupiñan

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de ciencias de la Salud

Programa de Psicología

Trabajo presentado para optar por el título de psicóloga

Octubre 2016

## Tabla de contenido

1	Resumen.....	3
2	Objetivo general .....	5
2.1	Objetivos específicos .....	5
3	Introducción .....	5
4	Metodología .....	8
5	Estado de la cuestión.....	14
6	Capítulo 1. Acerca de lo psicosomático: elementos de contextualización .....	22
6.1	Postmodernidad o la negación de los límites .....	22
6.2	Lo psicosomático, un mal/ estar.....	26
6.3	El síntoma como posibilidad.....	29
6.4	Salud mental y orden médico.....	32
7	Capítulo 2. Medicina, Psicoanálisis y postmodernidad: Historia y fundamentos sobre lo psicosomático.....	37
7.1	De la dualidad mente-cuerpo a la emergencia de lo psicosomático .....	38
7.2	Perspectiva médica de lo psicosomático .....	42
7.3	El ojo clínico: lo psicosomático como enfermedad.....	46
7.4	Una lectura psicoanalítica de lo psicosomático .....	50
7.5	El padecimiento psicosomático una cuestión postmoderna.....	55
8	Capítulo 3. El síntoma una solución que compromete.....	61
8.1	Sobre la diferencia entre organismo y cuerpo.....	62
8.2	De la primacía del signo a la enunciación del síntoma.....	66
8.3	Del fenómeno psicosomático a la elaboración del síntoma. ....	71
8.4	Síntoma médico vs Síntoma analítico. ....	76
9	Capítulo 4. Acerca del furor de sanar.....	83
9.1	De un discurso de la salud .....	83
9.2	Prácticas orientadas por el furor de sanar .....	88
9.3	¿Por qué el psicoanálisis? .....	92
10	Conclusiones .....	95
11	Referencias bibliográficas .....	97

## **La paradoja de lo psicossomático: síntoma en tiempos del furor de sanar**

*The psychosomatic paradox: symptom in furor time to heal*

### **1 Resumen**

La postmodernidad marca unas coordenadas para vivir en razón de su lógica imperante: salud, belleza y dinero. Condiciones que no dejan lugar para errar o fallar en los individuos de esta época, de ahí las formas que se han inventado para, según ellos, no caer en la fragmentación. Los gadgets son el intermediario, pero a la vez el vehículo para el establecimiento de cualquier tipo de relaciones que se intente construir en este tiempo, pues además de cumplir con su función específica dan la ilusión al usuario de ser él quien posee el control del vínculo. Con esto emerge el elogio y la promoción de la individualidad, donde el otro con el que me relaciono queda reducido a una pantalla y por ende a un objeto desechable. Todo esto con el fin de no ver obstruido el camino hacia el éxito individual, el cual requiere de grandes esfuerzos, más trabajo, menos distracción, por esto la enfermedad se percibe como extravío, desorientación y en consecuencia minusvalía. Minusvalía en todo el sentido de la palabra, pues puede el malestar procurar algunas condiciones para realizar ciertas actividades y con ello el individuo postmoderno perderá valor como elemento de su sociedad. Ya no producirá de la misma manera, por ende su valor adquisitivo se verá afectado. Se trataría en estos tiempos, donde el individuo se ve empujado a llevar el organismo a sus límites, acompañado del enunciado todo se puede y no puedes parar, de reconocer en el malestar un llamado a que emerja un sujeto.

### **Abstract**

Postmodernity marks coordinates to live because of its prevailing logic: health, beauty and money. Conditions that leave no room for err or fail this time, hence individuals forms that have been invented, according to them, not to fall into the fragmentation. Gadgets are the intermediary, but at the same time the vehicle for the establishment of any kind of relations are trying to build in this time, because in addition to complying with their specific function they give the illusion the user of being who has control of the link. This emerges in the praise and the promotion of individuality, where the other that I interact with is reduced to a screen and therefore to a disposable object. All this in order to not see obstructed the path of individual success, which requires great efforts, more work and less distraction, this disease is perceived as loss, disorientation and therefore disabled. Handicap in every sense of the word, as upset can seek some conditions for certain activities and thus the postmodern individual will lose value as an element of their society. Already not produce of the same way by ende its value purchasing is will be affected. It would be in these times, where the individual is pushed to bring the body to its limits, accompanied by the statement of all you can and you can not stop, recognize a call to emerge a subject in discomfort.

## 2 Objetivo general

Analizar la noción de fenómeno psicosomático bajo las lógicas del síntoma desde las perspectivas del Psicoanálisis y la Psicología clínica de orientación técnica cognitivo conductual (TCC), a partir del estudio y análisis documental que permita reconocer en el malestar de nuestro tiempo, reducido a lo orgánico, manifestaciones de la subjetividad.

### 2.1 Objetivos específicos

- Rastrear la construcción epistémica del concepto psicosomático como categoría discursiva de las prácticas médica y psicológica.
- Indagar acerca de lo que entiende la medicina, la psicología clínica TCC y el psicoanálisis por síntoma.
- Inquirir acerca del fenómeno psicosomático como manifestación del malestar de nuestro tiempo y el modo en el que se inscribe en las disciplinas psi.

## 3 Introducción

El interés que surge en las disciplinas de la salud, Medicina y Psicología por la particularidad de las afecciones psicosomáticas, tiene que ver con el problema, que dichas afecciones por comportar una lesión orgánica, sin etiología que la justifique desde la anatomología pone en cuestión su saber, y ello resulta problemático por presentarse como saberes orientados y regulado por la ciencia. Saber positivista por el que la psicología ha decidido orientarse, en pro de asegurarse un lugar del lado de los saberes calificados como científicos, que trae como efecto la utilización de su práctica para el control y regulación del orden social, tal es el quehacer en la clínica de orientación cognitivo-conductual (TCC). En esta medida, a la hora de acoger el padecimiento humano, sea que se presente como aflicciones del alma, inquietudes del ser, perturbaciones de la razón o alteraciones del cuerpo, a donde dirigen sus intervenciones las

ciencias de la salud, es a la vuelta al orden de un sujeto al que su malestar le impide seguir con normalidad la vida en sociedad.

La identificación de afecciones psicosomáticas en la disciplina médica resulta un cuestionamiento al tratamiento de estas formas de padecimiento, dado que las intervenciones que circulan en este ámbito se dirigen específicamente al órgano afectado o a la función debilitada; métodos insuficientes a la hora de brindar atención a individuos agobiados por este malestar, pues aunque el sufrimiento tenga lugar en el organismo el funcionario médico no logra hallar la etiología de la afección en aspectos biológicos, anatómicos o neuroquímicos.

Ahora bien se hace relevante introducir las diferencias que pueden encontrarse entre las nociones de organismo y cuerpo, más aún a la hora de plantear una discusión del fenómeno en cuestión, a saber el padecimiento de carácter psicosomático. Distinciones que pueden tener como fundamentos los argumentos del saber de la Psicología, en concreto lo determinado para su práctica en cuanto ejercicio clínico y, por otra parte, el Psicoanálisis. El cuerpo como es formalizado a partir del Psicoanálisis permite pensar un más allá de la necesidad biológica, “se trata de una trascendencia en la que son ubicados los ordenamientos simbólicos que le dan existencia como representación imaginaria” (Gallo, 2002, p120), diferente de lo que puede nombrarse para el organismo, donde se reconocen funciones fisiológicas para cada órgano en favor de la adaptación. Distinción que permite a los discursos tanto de la Psicología como del Psicoanálisis posiciones nada semejantes en cuanto a intervención. En este orden vale la pena resaltar que para el sujeto tal distinción no resolverá el malestar, para él su cuerpo es una continuidad, donde organismo y cuerpo no son dos cosas diferentes, pero ese hecho no las hace ser lo mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior es posible inscribir la lectura del síntoma en dos niveles de análisis, uno que acoja la subjetividad, es decir que reconozca el cuerpo como construcción

simbólica y otro que sea ubicado en lo real del organismo. Así es como emergen síntomas que se manifiestan en el cuerpo de los que en el organismo no se encuentra explicación, postulando este padecimiento como paradoja de la enfermedad que sí tiene su explicación causal en el órgano. Para el saber médico este malestar puede tomarse como simulación de enfermedad, pero no por ello puede negar al enfermo que sostiene la afección. Freud en su época ya libraba estas batallas con las histéricas, pues no se les reconocía como enfermas, desde los postulados de la medicina, pero ellas no dejaban de exponer su malestar con la manifestación del síntoma.

La estrategia terapéutica que ha implementado el médico, le da lugar a su saber y permite la intervención de la Psicología clínica en este fenómeno. Pero aún con esta labor surgen como interrogantes aquellos individuos que no responden al tratamiento y para los que en su contra el malestar se va agudizando. Esto además de interrogar el saber de las ciencias de la salud, Medicina y Psicología clínica, específicamente la de orientación cognitivo-conductual, permite pensar en lo que ellas no alcanzan a captar en el malestar: la dimensión subjetiva, pues ella “da cuenta de la falta estructural que constituye el ser humano” (Díaz, 2002, p23).

## 4 Metodología

### **Análisis del discurso un punto de encuentro entre la investigación psicoanalítica y la arqueología.**

El anterior enunciado permite aludir a un modo de proceder que orienta la pregunta de investigación que aquí se quiere desarrollar y en la que resulta importante una selección de textos, su lectura analítica, el estudio de una época y las condiciones de emergencia del fenómeno a investigar. Lo anterior a modo de un recorrido en el que se asume una posición crítica con respecto a los hallazgos en razón de determinada época, más que hacer una acumulación de información en una línea del tiempo, como es propio de la historia de las ideas. Sumado a esto habría que resaltar la labor al interior del semillero “Sujeto y Psicoanálisis” como laboratorio de discurso en donde las hipótesis planteadas con respecto a la pregunta de investigación se ponen en discusión. También indicar que este espacio permite el estudio y análisis de algunos de los textos que son base fundamental para la investigación.

Puede decirse que lo que se plantea aquí como metodología para la presente investigación se guía por las lógicas en investigación psicoanalítica y lo que Foucault muestra es posible hacer con lo que él llama *La arqueología del saber* (2007), es decir análisis del discurso.

Estar orientados por el método en investigación psicoanalítica indica unas nociones a tener en cuenta a la hora de su utilización. Primero habrá que hacer una distinción entre lo que se entiende por método en general en el campo de investigación y lo que para esta investigación comporta el método. Entonces el método pudiera ser entendido como una serie de pasos o instrucciones a seguir que aseguren llegar a un fin determinado. Sin embargo, esta no es la noción de método que guía el desarrollo de la investigación que aquí se presenta, el método es tomado más bien como una actitud crítica, una postura analítica, sin dogmatismos y dispuesta a la



discusión. (Lopera, Ortiz, Ramírez, & Zuluaga, 2010). De manera que al tomar el método como camino o proceso es necesario darle lugar a la posición del investigador, pues bajo esta premisa el énfasis caerá sobre la relación que establezca el investigador con su pregunta. De ahí que se elija esta manera de proceder y no la propuesta que institucionalmente se impone, pues de lo que aquí se trata, más que seguir unos pasos, afirmar hipótesis o asegurar resultados, es validar la experiencia singular de la investigación en razón del vínculo pregunta e investigador, teniendo en cuenta que lo que se muestre como resultados no será algo esperado o sabido de ante mano, sino el efecto del camino que se recorre en la investigación.

La propuesta aquí es por asumir una postura de “docta ignorancia” como forma de control y que a la vez requiere precisión para dar lugar a la novedad ahí donde se creía se poseía un saber, camino elegido gracias a la lectura del texto *El Psicoanálisis y la investigación en la universidad* (2012) de los psicoanalistas Hector Gallo & Mario Elkin Ramirez y a las propuestas de Juan Diego Lopera en su investigación *El método analítico* (2010). Es necesario entonces soportarse en el querer saber, saber dispuesto al debate y que exime de esta forma de investigación la seguridad del absoluto en conclusiones con estatuto de verdad, de las cuales se dice son formas estables que dan cuenta de un proceder científico. Y cuando se habla de investigar con el método científico, se piensa en el enunciado “científico” de esta época, en donde el investigador tendrá que seguir unos pasos que le aseguren un bien en favor de la investigación, tendrá que sumarse a unas formas de proceder, lo que fácilmente arrojará en vez de un investigador un técnico en metodología de la investigación.

La posibilidad que otorga la “docta ignorancia” es la de “llevar mucho más lejos el análisis que se realiza, hasta las últimas consecuencias posibles” (Lopera, Ramírez & Zuluaga, 2010, p-83). Lo contrario sería estar orientados por el saber, actitud que no permite cuestionar las

verdades ya establecidas por presentarse como saber acerca de lo que otros ignoran, y que más que construcción de conocimiento termina siendo un adoctrinamiento. Por esto investigar a partir de un “no saber” cumple aquí una función, que se realiza en la medida en la que el investigador se permite con intención ignorar lo que sabe para dar lugar a lo nuevo por emerger. Experiencia orientada por un principio fundamental en la investigación con el psicoanálisis, a saber, la precisión. Precisión tanto en la lectura como en la escritura en de la investigación que se alcanza con disciplina en el trabajo. Disposición que se adquiere como efecto del entusiasmo puesto en el saber, lo que permite aprehender conceptos y argumentos para el sostenimiento siempre en tensión de la pregunta de investigación, que le permita a quien investiga pensar diferente, ubicarse fuera de la masa aglutinada de la repetición. (Gallo & Ramírez, 2012).

Analizar el discurso, es también pensar en su práctica y lo que a través de un enunciado se puede introducir como pregunta al discurso que se muestra como unidad. esta es la propuesta de Foucault cuando de análisis discursivos habla, pero que también tiene lugar en la práctica psicoanalítica, porque cada elaboración discursiva de un sujeto dentro del análisis, comporta una unidad que habrá que escindir, para describir lo que allí se sostiene. Por ello es necesario estar orientados en lo que en un discurso se muestra como dispersión, el acontecimiento, la formación de los conceptos, la historia, pero más aún estar orientados por la subjetividad que desde esta investigación se pretende rescatar. Sin perder de vista que los conceptos que aquí se traen a colación tiene la función orientar el análisis del fenómeno en cuestión, que, desde el análisis de las prácticas, en tanto discursivas, propuesto por Foucault permite describir y analizar las vacuidades que sostienen un discurso, que logra ejercer efectos sobre la vida de los sujetos.

Ahora bien, es de resaltar que la pregunta de investigación tiene unos antecedentes que ponen en contexto el recorrido que se ha llevado a cabo en este proceso y que da cuenta que aunque

no se trate de un investigación que se sirva de recursos estadísticos, se soporta en una epistemología, efecto del estudio, análisis y construcción de argumentos de los diferentes conceptos fundamentales para esta investigación. Teniendo en cuenta lo anterior y queriendo dar cuenta del principio de precisión en la argumentación que orienta este trabajo se señala el surgimiento y transformación de la pregunta de investigación. la inquietud inicial parte de interés en los conceptos de síntoma y cuerpo, cuál es la posible relación que entre ello puede emerger y de qué manera tal relación podía manifestarse en una afección en el ser humano. Esta inquietud es puesta en consideración en las sesiones de trabajo del semillero “Sujeto y Psicoanálisis”, aquí es posible precisar que una primera forma de manifestación que comportara un malestar para el sujeto y que tuviera una relación con los conceptos de síntoma y cuerpo, podría ser la histeria.

Las posteriores lecturas e indagaciones conducen hasta lo que se conoce como afecciones psicosomáticas y de las que la Medicina, la Psicología acoge en tanto un malestar de tipo conversivo o imaginario. Lo que permite introducir una pregunta en estas formas de conceptualización y atención de lo psicosomático es la propuesta argumentativa del Psicoanálisis para este mismo fenómeno. Así entonces es posible delimitar la pregunta de investigación formalizada en ¿Cómo las actuales prácticas interesadas en el malestar humano, siendo que quieren entender el padecimiento psíquico como orgánico, orientadas bajo el criterio de la ciencia positiva, acogen las formas de subjetividad propias de esta época, expresadas en el malestar? da lugar al desarrollo de este trabajo. Pregunta que a su vez es posible desarrollar pues logra inscribirse en una de las líneas de investigación del grupo “Violencia, Lenguaje y Estudios culturales” donde se desarrolla el proyecto “el discurso médico y las TCC la exclusión de la subjetividad en la Psicología clínica contemporánea”.

Una vez expuesto los elementos que orientan el desarrollo de esta investigación y la manera en que ella en tanto pregunta pudo formalizarse se pasa a describir los elementos que se tuvieron en cuenta para la presentación del informe como muestra material de la investigación. En primer lugar, la organización del cuerpo del trabajo se estructura en cuatro capítulos, correspondientes a las temáticas a desarrollar a saber, lo psicosomático en razón de una contextualización, la lectura de las diferentes disciplinas acerca del fenómeno psicosomático, el síntoma y lo correspondiente al furor de sanar. Sumado a esto y con el propósito de facilitar la lectura cada capítulo está dividido en apartados, además para articular las ideas desarrolladas en cada apartado al final de los capítulos se abre un espacio crítico descriptivo donde sea posible dar cuenta de la posición del investigador a la vez que señalar algunas conclusiones parciales.

El capítulo 1. Acerca de lo psicosomático: elementos de contextualización está dividido en cuatro apartados, el primero de ellos “Postmodernidad o la negación de los límites”, dedicado al señalamiento de lo que caracteriza la vida en la época postmoderna. En el segundo “Lo psicosomático un mal/estar” se señala el padecimiento que lo psicosomático sostiene. El tercero “El síntoma como posibilidad” intenta mostrar la alternativa que el síntoma en tanto elaboración ofrece. El cuarto “Salud mental y orden médico” indica las prácticas que bajo los criterios de la salud mental tratan el padecimiento psíquico bajo las lógicas del orden médico.

El capítulo 2. Medicina, Psicoanálisis y postmodernidad: Historia y fundamentos sobre lo psicosomático está dividido en cinco apartados. El primero “De la dualidad mente-cuerpo a la emergencia de lo psicosomático” analiza la transformación que históricamente es posible seguir de la idea separada del cuerpo y la mente a una concepción conjunta de estos en lo psicosomático. El segundo “Perspectiva médica de lo psicosomático” da cuenta de cómo desde el saber médico se entiende lo psicosomático. El tercero “El ojo clínico: lo psicosomático como enfermedad”

señala la manera en qué lo psicossomático adquiere el estatuto de enfermedad y en esta medida cuál será la atención que se le brindará. El cuarto “Una lectura psicoanalítica de lo psicossomático” da cuenta de la postura del psicoanálisis frente a este fenómeno. El quinto “El padecimiento psicossomático una cuestión postmoderna” describe como lo psicossomático puede ser una muestra del malestar contemporáneo.

El capítulo 3. El síntoma una solución que compromete, está dividido en cuatro apartados. El primero “Sobre la diferencia entre organismo y cuerpo” pone en la mesa de análisis las diferencias que pueden encontrarse entre los conceptos de organismo y cuerpo, señalamiento importante para esta investigación. El segundo “De la primacía del signo a la enunciación del síntoma” expone lo que en una práctica como la clínica puede tener efectos estar orientados por la concepción del signo o dejar a un lado la enunciación del síntoma. El tercero “Del fenómeno psicossomático a la elaboración del síntoma” aquí se señala la posibilidad que el síntoma ofrece al fenómeno psicossomático, en tanto padecimiento inscrito en el cuerpo. El cuarto “Síntoma médico versus síntoma analítico” indica lo que implica el síntoma para la práctica médica y el valor que tiene en la clínica del psicoanálisis.

El capítulo 4. Acerca del furor de sanar está dividido en tres apartados. El primero “De un discurso de la salud” intenta dar cuenta de la elaboración discursiva que se ha hecho en relación a la concepción de salud. El segundo “Prácticas orientadas por el furor de sanar” expone los ejercicios prácticos que permiten incluir ciertas disciplinas y su quehacer en la orientación por el furor de sanar. El tercero “¿Por qué el psicoanálisis?”, propone el saber psicoanalítico y su práctica como otra posibilidad para la atención al malestar del sujeto, donde no se quiera excluir el elemento subjetivo.

## 5 Estado de la cuestión

Con el fin de señalar las vías que han sido abiertas en investigación en razón de la temática de la enfermedad y su relación con el fenómeno psicosomático, se han seleccionado una serie de documentos que permitan establecer lo hasta ahora desarrollado en relación con esto. Más aún, saber si las nociones de síntoma y cuerpo han sido vinculadas antes a la temática de investigación mencionada y cómo se les ha estudiado. Ello para lograr identificar elementos que permitan precisar a la vez que justificar el desarrollo de la investigación que aquí se propone.

De los antecedentes investigativos que en seguida se describirán hacen parte artículos de investigación y proyectos de investigación formativa que se han formalizado y publicado tanto a nivel nacional como internacional. A continuación, se realizará la exposición de los trabajos, que han sido escogidos en un marco temporal que va desde el año 2000 hasta el año 2012.

La exposición partirá de la descripción de los trabajos que a nivel internacional se han llevado a cabo. En primer lugar se halla el artículo de investigación publicado en el año 2002 *La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización* desarrollada al interior de la facultad de psicología de la universidad de Valencia, en España por José López y Amparo Belloch, que tiene como propósito estudiar el concepto de somatización, ya sea que se le entienda como síntoma o como síndrome. Este documento pone de manifiesto lo que la idea de somatización ha llegado a problematizar en el campo de las disciplinas de la salud, ya sea que se tome como una manifestación engañosa o como un cuadro sintomático que refiera a cierto malestar. En el campo clínico no diferenciar la somatización como síntoma y como síndrome trae algunas consecuencias para los enfermos que se presentan con esta condición, pues se les puede estigmatizar como consultantes de enfermedad imaginaria y que quieren sacar algún provecho de ello. Así la atención a personas que presentan quejas físicas sin clara causalidad,

aunque realmente afectadas anatómicamente, es decir enfermos psicósomáticos, resulta en negativas por parte del personal de atención en salud; esto debido al poco conocimiento y estudio que se dedica a estas formas de presentación de la enfermedad. De manera que, la conclusión a la que se llega está orientada a lograr una conceptualización de tipo descriptivo sobre lo que tiene que ver con las enfermedades o manifestaciones de la enfermedad que no pueden ser corroboradas desde el modelo médico biofísico, el cual utiliza la nominación somatización para generalizar y simplificar las enfermedades con esta particularidad. Esta investigación logra aportar una idea de la posición de las disciplinas de la salud ante esta forma del padecimiento, sin embargo, deja de lado lo que psíquicamente puede estar comprometido en dicho malestar; cuestión que será abordada en el trabajo que aquí se quiere formalizar.

Por otra parte, está el estudio *Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple* publicado en la revista chilena de Neuropsiquiatría en 2005, que Bornhauser & Csef realizan teniendo en cuenta la emergencia en este tiempo de nuevos padecimientos, especialmente aquellos que no ingresan en la sistematización diagnóstica tradicional. Los autores hacen explícita la falta de consenso por parte del cuerpo médico para determinar las causas o etiología de estas enfermedades. Pero reconocen en ellas un elemento psicológico que puede tener alguna influencia, aunque los enfermos nieguen cualquier causalidad de este tipo. La idea de enfermedad psicósomática se ha puesto como un referente para las enfermedades que son objeto de análisis, pero ello solo funciona como argumento para lo inexplicable de los trastornos antes mencionados. La discusión que el artículo propone, invita a estudiar estos cuadros clínicos no solo desde el aspecto biológico sino también psicológico, que aporte nuevos elementos para la comprensión de estas nuevas formas de malestar. Aporte de gran

importancia para el trabajo que aquí se pretende realizar, pues da cabida a lo que psíquicamente puede comportar una molestia representada en el organismo.

En este orden, se presenta el artículo *Síntomas psicósomáticos y estrés: Comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres* llevado a cabo en la facultad de Psicología de la universidad Nuevo León en México y publicado en el año 2008 en la revista ciencia UNAL por Mónica Teresa Gonzales y René Landero Hernández, el cual subraya que la investigación hasta ahora formalizada en razón de los síntomas psicósomáticos, se orientan por el principio multicausal o multifactorial, estableciendo un vínculo entre diferentes elementos contextuales del individuo y su enfermedad. La propuesta de estos investigadores es poner en evidencia, a través de un modelo comparativo entre un grupo de hombres y mujeres, lo que la teoría transaccional del estrés formula como efectos sobre un individuo ante ciertos estímulos estresores. La conclusión expone que las diferencias individuales en términos de adaptación representan un valor diferencial a la hora de responder ante cierto estímulo estresor, de ahí que cada individuo pueda o no tener una respuesta fisicoquímica. Este documento deja entre ver la idea que se tiene de lo psicósomático en relación con el estrés, como elemento que puede tener múltiples causas que incidan a que el individuo responda con una afección orgánica, lo que permite diferenciarlo de lo que se trae aquí como propuesta de investigación y que asumen el malestar psicósomático no como solo una respuesta multicausal o de desadaptación, sino de causación psíquica con inscripción en el órgano, que no permite al individuo una elaboración subjetiva, en la que quiera saber qué comporta este malestar, inexplicable aún para el saber médico.

Se suma a esta compilación de investigaciones lo que Carolina Baeza Velasco proporciona como reflexión en *Síntoma psicósomático vs. síntoma orgánico; la mala fama de la psicósomática*. Publicación hecha en 2010 en la revista cuadernos de neuropsicobiología en Chile.



Lo que la autora postula acerca de la mala fama de lo psicosomático, resulta ser el efecto del manejo dado en el campo médico para los síntomas psicosomáticos, pues en la clínica estos se incluyen en las categorías de “nervios”, “simulación” o “imaginario” lo que les resta importancia frente al síntoma que sí tiene una causalidad orgánica. La extensión de la mala fama de lo psicosomático puede llegar hasta los pacientes quienes niegan o toman de mala manera que sus síntomas sean indicados como psicosomáticos. Circunstancia que obstaculiza la llegada de estos enfermos a la consulta psicológica. Que los funcionarios que trabajan en el campo de la salud se les forme desde el modelo biofísico no basta para la comprensión de la enfermedad, menos aún de las que esta época produce, donde el saber médico queda sin poder explicar lo que comporta la afección orgánica. Baeza manifiesta que cada vez son más los consultantes para los que la medicina no encuentra respuesta a su síntoma y se les aborda desde la concepción de somatizadores. Ello niega la implicación de lo psíquico en este malestar, de ahí que se haya tomado como antecedente esta investigación pues, demuestra la falta de interés y negación de lo psíquico en lo somático por parte del saber médico. Hasta aquí importantes trabajos que exponen la labor que realizan las disciplinas de la salud con la enfermedad que no ingresa en el tradicional sistema de clasificación, otorgando a estos padecimientos, antes que una explicación un juicio encasillador. Este modo de operar en las disciplinas de la salud, Medicina y Psicología, obtura la posibilidad de una construcción subjetiva por parte de quien padece dicho malestar, que insiste, aunque se halle bajo la narcosis del medicamento.

Ahora bien, se traerán a colación cuatro trabajos realizados a nivel nacional que funcionan como aportes al marco de antecedentes. El primero de ellos lleva por título *El fenómeno psicosomático: entre el cuerpo y el dolor* realizado por el psicólogo y psicoanalista Héctor Gallo y publicado en la revista colombiana de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia en el

año 2000. Este artículo constituye un aporte valioso para la investigación que se pretende desarrollar, puesto que estudia conceptos como el fenómeno psicossomático y cuerpo desde la perspectiva del psicoanálisis, qué explican estos conceptos, qué se construye desde ese saber y qué implicaciones trae esta lectura para su la clínica. Gallo (2000) parte de la diferenciación entre cuerpo y organismo, elementos que tienen connotaciones e implicaciones de otro tipo desde lo elaborado por el psicoanálisis. El autor presenta el dolor, desde el punto de vista freudiano como lo que permite simbolizar el cuerpo, es decir se trata del cuerpo como representación, que no es la materialidad orgánica, pero sin la cual no habría emergencia de representación del cuerpo. Con esta base teórica expone el fenómeno psicossomático como una lesión que se ubica en el organismo por una falla en la inscripción en el cuerpo, es decir en lo metaforizado, lo que tiene lugar como representación. Los elementos que aquí se analizan también son de interés para este trabajo, pues constituyen una base teórica, a la vez que permiten establecer un valor diferencial, dado que lo que se pone en cuestión para la investigación propuesta es: ¿cuál es la posición de la psicología clínica y su proceder en razón del fenómeno psicossomático?

El artículo *Salud, enfermedad y síntoma en el discurso actual o de la ceguera de la psicología* del psicólogo y psicoanalista Pio Eduardo Sanmiguel publicado para el año 2000 en la revista colombiana de Psicología hace una crítica a la Psicología y a su manera de querer ocuparse del problema salud-enfermedad. Posicionar la Psicología como Psicología de la salud le permite tomar para su discurso los elementos que la Medicina como principal discurso de la salud ha construido, de manera que orienta su quehacer bajo las mismas lógicas: la idea del equilibrio, la adaptación y la influencia biopsicosocial, pero situados en razón de la salud mental. Todo esto solo apoya la sostenibilidad de las individualidades y desecha cualquier emergencia de subjetividad. Por ello a lo que se dirige la psicología clínica contemporánea es a la eliminación del síntoma a su

desaparición, pues se cree es el agente que afecta el estado normal del enfermo, así como se piensa la eliminación del síntoma en lo orgánico. Pero la ceguera del saber de la Psicología como lo enuncia Sanmiguel, no le permite más que sumarse al ideal de salud que pregona la medicina, es decir lo que queda de sustraerle al enfermo su enfermedad, el hombre sano. La Psicología no descubre que tal manera de practicar su ciencia produce cada vez más, nuevos síntomas que se van haciendo más resistentes al saber de los abanderados de la salud. Reflexión esta que permite ampliar la pregunta por qué clínicas se están ofertando en este tiempo para acoger a quien soporta un padecimiento en el orden del fenómeno psicosomático, que se presenta en principio como enfermedad orgánica, pero a la que no es posible atribuirle una causa física.

Para el año 2008 se lleva a cabo en la universidad Autónoma de Bucaramanga un proyecto de investigación formativa para optar por el título de psicólogo que se titula *De un concepto integral y actual de la enfermedad psicosomática*. Marcela Callejas y Carmen Rodríguez son quienes desarrolla este trabajo. Estudian la emergencia del concepto psicosomático, cómo se ha entendido en las diferentes épocas y qué escuelas de pensamiento se han ocupado de él. Su objetivo es lograr integrar las diferentes ideas que se habían planteado para lo psicosomático y que esto favoreciera a la comprensión de la enfermedad desde esta perspectiva. Concluyen que no es posible unificar los criterios que se ha establecido para lo psicosomático, pero que esto no resulta un obstáculo para proponer una atención integral para la enfermedad. Este proyecto permite establecer unas diferencias con el interés que orienta la investigación que aquí se inicia, el cual no intenta hacer una compilación teórica de lo psicosomático o de los conceptos de síntoma y cuerpo, sino entrar a analizar lo que en nuestro tiempo se presenta como enfermedad bajo las lógicas del fenómeno psicosomático y lo que las prácticas clínicas y terapéuticas ofrecen como intervención.

Se debe agregar a las anteriores investigaciones la realizada por Jesús Ortega y Jorge Escobar publicada en la revista salud pública de la universidad Nacional de Colombia en el año 2012 en la que interrogan la idea sobre el cuerpo en las prácticas sociales de salud, de ahí su título *El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud*. Describen las distintas concepciones del cuerpo, ya sea como unidad biológica, instrumento biopolítico o construcción subjetiva y demandan la idea de “cuerpo vulnerable”, pues ella solo toma la concepción que se ha construido del cuerpo biológico, que se modifica en diversos tiempos y en el que la estructura ambiental podrá afectar el estado de salud. Indican que el trabajo en protección social en salud requiere más que la idea biológica del cuerpo, de ahí que se invite a una construcción social del él, una noción política y relacional que favorezca a cada individuo, a la vez que a la colectividad para reconocer lo que implica desde una perspectiva social lo que se ha construido como salud. Lo antes mencionado resulta interesante, en la medida que pone en evidencia el estudio del cuerpo en relación con la idea de salud donde otros elementos son considerados, a saber lo subjetivo, lo social y lo biopolítico. La temática del cuerpo será abordada en esta investigación, pero desde lo entendido en el psicoanálisis, que permite introducir la idea del cuerpo como representación, inscrita en lo simbólico y lo imaginario, como construcción subjetiva.

Los trabajos antes descritos y que fungen como marco de antecedentes para la investigación que aquí se propone, justifican el desarrollo de la misma, pues permite interrogar a las prácticas de la salud, Medicina y Psicología, por el abordaje que se da a lo que se presenta como malestar en nuestro tiempo, y que reducido a la concepción orgánica se identifica como elemento que perturba el estado de producción y consumo del sujeto, sin reconocer en ello manifestaciones de subjetividad. Esta visión económica de la salud marca unas tendencias en el

quehacer de los profesionales de la salud, ubicándolos como operarios al servicio del imperativo no parar. Por ello la intervención sobre el enfermo siempre va estar orientada a la eliminación del agente que perturba la homeostasis del organismo, para retornar con prontitud al juego del mercado a este hombre. Lo que al parecer no tiene valor para las disciplinas de la salud y mueve el desarrollo de esta investigación, es el elemento psíquico de implicación subjetiva que comporta el malestar, y por psíquico no se entiende aquí la conciencia o no de enfermedad, rasgos de personalidad o alteración de la percepción, sino aquello vinculado a la vida anímica del sujeto que en su configuración le ha dejado un resto de malestar. Padecimiento este, posible de manifestarse de diferentes maneras, pero que para nuestro tiempo, en razón de la promoción de individualidades, de personas independientes, autónomas, exitosas, que en primer lugar ubican su *yo* y no dependen de otro, muestra un importante conjunto de afecciones en el organismo, sin correlato causal anatómico o fisicoquímico. Afecciones que la mayoría de las veces se denomina estrés y para el que la cura viene dada por cambios en el estilo de vida, el aumento de actividad física, la buena alimentación y el descanso, todos estos elementos de modificación conductual, sin lugar para la elaboración subjetiva, para una pregunta por la implicación del sujeto en esta forma de malestar. Así lo que este tiempo promueve es individuos que cerrados en sí, enferman, pero que solo acuden al profesional de la salud para obtener en una capsula, ya sea de alteración orgánica o conductual, la solución a su malestar.

## **6 Capítulo 1. Acerca de lo psicossomático: elementos de contextualización**

La presencia del malestar en el organismo, al que su causa no se responde desde lo biofísico, sino que su causa es psíquica convierte al sujeto de estos días en la manifestación de algo que no va, ubicándolo además en dirección contraria del imperativo no parar, incluso si el cuerpo enferma. En razón de esto es que resulta importante para la investigación que aquí se desarrolla, dirigir su atención en algunos ejes temáticos que logren hacer entrar en contexto y a su vez permitan discutir el problema de las actuales expresiones de la enfermedad, especialmente aquellas en el que el carácter psíquico se ve implicado; además de las formas en las que institucionalmente son acogidas. Para ello será necesario indagar acerca del fenómeno psicossomático, cómo se presenta como una enfermedad de carácter orgánico, aunque su causa no se pueda responder desde la biología, pero más aún se trata de identificar lo que como malestar revela algo de esta época. Por otro lado, indicar lo que concierne al síntoma, su conceptualización e intervención desde la medicina y lo que desde el psicoanálisis se presenta como posibilidad: el síntoma como una solución, aunque problemática. Finalmente, pero no con menos importancia mostrar lo que las prácticas como la Medicina, la Psicología y el Psicoanálisis ofrecen como clínica o terapéutica para estas nuevas formas de la enfermedad.

### **6.1 Postmodernidad o la negación de los límites**

“Dígase lo que se diga, hace años que navegamos por las aguas de una época en la que por primera vez cabe hacer lo que no había sido posible hacer” (Pinillos, 2002, p-3). Esta afirmación parecería un dictamen anarquista, pero se trata de un enunciado que manifiesta la negación de los límites, propia de la postmodernidad. Pensar este tiempo, lo postmoderno, no exime de sus alcances a las disciplinas interesadas en lo humano, entre ellas la psicología. José Luis pinillos (2002) ubica la psicología en estado pendiente, a partir del siglo XIX, con lo que sus

primeros intereses por el hombre le demandaban, pues al incorporarse en definitiva a la ciencia, deja a un lado su interés por lo *psi* y en ese lugar, como objeto de estudio de esta nueva disciplina científica, funcionará la conducta, la conciencia o el cerebro.

Con la entrada de la llamada postmodernidad se cuestionan los preceptos que sostuvieron la época de la racionalidad, así es como se incita a transgredir desde la organización del género sexual hasta la estructura de los órdenes institucionales. El tiempo de la razón como conductor de todo pensamiento pasa a ser discutido, de ahí que Pinillos (2002) introduzca en su reflexión lo expuesto por Ihab Hassan en su publicación de 1971 (el desmembramiento de Orfeo, hacia una literatura postmoderna), allí Hassan se permite exponer como “la nota más representativa del postmodernismo es la designada por el vocablo *unmaking* (deconstruir, desmontar) (p10)”. La Psicología queda entonces desmantelada también por las nuevas relaciones que se erigen, las cuales ya no son de producción como en la modernidad sino de consumo; el asunto de la modificación del pensamiento entra a jugárselas en las lógicas de la reducción del lenguaje a un elemento económico (Pinillos, 2002).

Así entonces, entrar a analizar lo relacionado con esta época, implica mencionar lo que de ella deja huellas en el campo de la salud. W Daros, Juan C Guida y Amado Antiba en su trabajo *Sociedad posmoderna y salud* (2014) proponen una descripción en razón de la concepción de salud según se ha impuesto para nuestro tiempo el referente postmoderno. Después de la mitad del siglo XX los cambios van en aumento, tanto en el contexto económico como en el social, lo que inaugura nuevas formas de vida y también de malestar. Los razonamientos del sociólogo y filósofo francés Gilles Lipovetsky, quien es actualmente un reconocido pensador crítico de los cambios sociales que son efecto de esta época y a los cuales él ha decidido llamar “hipermodernismo”, cuestionan la celeridad con la que se vive actualmente, el narcisismo que empuja a la primacía de la

individualidad y la pérdida de la identidad. Lo anteriormente mencionado en función de la dinámica consumista que por cualquier medio difunde este tiempo y que permite a Daros et al (2014) argumentar que para entender la posmodernidad lo que se necesite, sea quizás saber “qué es lo que ha cambiado en el universo contemporáneo del consumo” (Daros, et al, 2014, p3), qué símbolos exhibe este tiempo y por último qué regulación propone ésta sociedad, si es que se puede hablar de alguna regulación.

Estar orientados por el alcance del placer, la fuerza del consumo y la privatización de la vida, marcan nuevas lógicas para el ordenamiento social a la vez que designa los individuos de esta época, pero es de mayor importancia para lo que aquí se investiga lo que designa su mentalidad, “lo que ahora se teme principalmente es el fenómeno del desempleo, la precariedad y la enfermedad” (Daros, et al, 2014, p4). El individuo de ahora no logra pensarse sin el cuidado constante de su salud, el culto al cuerpo y la prevención de la vejez, su quehacer diario le marca un régimen de dietas y ejercicios, prácticas no orientadas para el cuidado de sí, sino pautadas por el imperativo de la época. Es así como la salud se vuelve un referente en la postmodernidad, llegando a introducirse en la totalidad de la oferta comercial; se encuentran en la postmodernidad el auge de los placeres inmediatos con la afirmación de una cultura sanitaria y preventiva. Con ello la idea de calidad de vida se modifica, hoy calidad de vida implica la búsqueda constante de la felicidad, que enmarca la idea del éxito, el logro de metas profesionales, el sostenimiento de una posición social, la conservación siempre joven del cuerpo y la multiplicidad de actividades que se presenten como placenteras y que a la vez puedan ubicar al individuo como elemento productivo de la sociedad. Todo esto, aunque se presente como la llave que abre la puerta a la felicidad arroja también un resto de malestar en lo psíquico, pues no siempre coincide la expectativa de vida que tiene el individuo con aquello que en su cotidiana realidad habrá de enfrentar. De manera que



adquiere relevancia el argumento que toman los autores Daros et al (2014) de Lipovetsky cuando afirma que: “Si el consumo y el hedonismo han permitido resolver la radicalidad de los conflictos de clases, ha sido al precio de una generalización de la crisis subjetiva” (p128), de la negación de los límites.

Dificultades, cambios e incertidumbres individuales afectan también las formas de relacionarse con los otros, cual sea el vínculo que se establezca laboral, familiar o de amistad. Y en nuestra época la promoción de individualidades, la invitación a la autonomía y a la autosuficiencia deja marcas en la vida de los postmodernos, nuevas formas de malestar. Los años 70' y sus crisis parecen inaugurar los “post”, postindustrial, posfordismo, postmodernidad. En contraste con esto se menciona la modernidad como el inicio de las grandes producciones, el Estado funciona como regulador de las riquezas y las lógicas del mercado se muestran como autorreguladas. Así cuando irrumpe la crisis de los 70' “las fronteras entre posible e imposible se vuelven inseguras y los paradigmas que permiten fijar objetivos, instrumentos y comportamientos para el conjunto de las fuerzas sociales, dejan de operar con la fuerza acostumbrada” (Stolkiner,1994, p1). Se abren nuevas formas laborales, los principios que rigen las instituciones son modificados y las imágenes de la organización social empiezan a desintegrarse. Los beneficios antes ofrecidos en los distintos espacios de trabajo, desaparecen; el capitalismo hace las formas laborales más precarias y obsoletas. “Estos procesos también se manifiestan en las formas particulares de malestar o padecimiento subjetivo” (Stolkiner,1994, p5).

Así entonces, estaríamos hablando de la postmodernidad o “modernidad líquida” como la llama el sociólogo Zygmunt Bauman, en donde presenciamos la negación del límite, la carrera sin pausa de la vida, el acceso al placer y a cualquier producto del mercado en su versión ilimitada, un mundo “lleno de posibilidades como una mesa de *buffet* repleta de platos apetitosos, cuya

cantidad excede la capacidad de degustación del más eximio glotón.” (Bauman, 2005, p69). Javier Mateo Girón hace una lectura crítica de lo que para esta época se designa como postmodernidad y las consecuencias que ello acarrea para los individuos. En este orden, Girón propone que hasta los vínculos más íntimos de los sujetos postmodernos se han vuelto inestables, frágiles, mientras cada vez más “se rinde culto al cuerpo y a la estricta protección del mismo frente a agentes patógenos externos” (Girón,2008, p8). Sería esta la lectura de un tiempo en el que sin referente fijo, falta de cohesión en el ordenamiento y volatilidad de los signos, difícilmente se puede pensar en una regulación del empuje al goce, esa satisfacción trasgresora, que en la vulneración de los principios, de la ley, en ese salto hacia la falla, en el malestar se halla algo de placer; cuestión esta que es marca estructural en el sujeto. Y cuando aquí se hable de sujeto, esta referencia comportará una orientación y es la del psicoanálisis, desde la que es posible hablar del sujeto en términos de singularidad, no como una entidad constante, sino como una posición que emerge ante la división de la unidad que representa el individuo. El sujeto al que hace referencia el psicoanálisis, comporta la interrogación, la pregunta por el empuje a cierta forma de satisfacción que genera un malestar. Pero además se trata del sujeto del lenguaje, de esa aprehensión, sujeción al lenguaje que lo diferencia al hombre del animal. Diferencia no solo al nivel de la comunicación, sino porque es a partir del encuentro del animal-hombre con el lenguaje que este ingresa en el ordenamiento simbólico, es decir empieza a participar en lo social, en la ley, en la regulación. En este orden el sujeto es el que es representado por la palabra, por lo que con ella pueda enunciar.

## **6.2 Lo psicossomático, un mal/ estar**

Una definición dada para lo psicossomático, específicamente lo que se encuentra enmarcado en trastornos psicossomáticos responde, según el *Diccionario de psicología fisiológica y clínica (1990)* a:

“Enfermedades cuyo desarrollo se considera determinado en grado importante por factores psicológicos. Entre las enfermedades hipotéticamente agrupadas en esta categoría se encuentran: diversas afecciones cutáneas, la hipertensión, la atención arterial coronaria, el asma, la úlcera péptica y la colitis ulcerosa. Estudios orientados a definir los mecanismos psicológicos actuales han explorado la posibilidad de un tipo común de personalidad, un conflicto emocional específico o ciertas formas de estrés vital” (1990, p36).

En la actualidad la clasificación diagnóstica de estrés abarca todo malestar físico que puede o no corresponder con la afección en el organismo, pero que su etiología no se encuentra ubicada ni en la anatomía ni en la fisiología del individuo. “aproximadamente un 10% de todos los pacientes ingresados un día cualquiera en un hospital general requerirían una consulta con el especialista de psicopatología” (Lozano, 2002, p1). Esta afirmación permite cuestionar las formas del malestar que produce nuestra época. Alicia Stolkiner menciona la investigación realizada en Chile por Magdalena Echeverría en la que centra su atención en los cambios económicos y los efectos de ello sobre la salud mental de los empleados, Echeverría utiliza como herramienta para la recolección de datos la entrevista. De la información recolectada la investigadora resalta lo que los trabajadores mencionan como elementos que influyen en su padecimiento, entre los que se encuentran el enrarecimiento de las relaciones personales dentro de las organizaciones que se encontraban en crisis, la desaparición del trabajo grupal con miras a alcanzar un objetivo y nuevas formas de trabajo que se llevaban a cabo de manera individual. Con todo esto concluye Echeverría que: “los "problemas psicológicos" (agrupan en ellos trastornos psiquiátricos y enfermedades psicopatológicas) tienden a aumentar en las empresas deprimidas y en los desempleados.” (Stolkiner, 1994, p5). Los padecimientos de esta época cambian y aumentan en la misma medida en la que cambia y aumenta nuestra sociedad, la sociedad del consumo. El mal/ estar psicopatológico

se presenta en “sujetos que se hallan integrados, aún en forma parcial, a los modos de vida socialmente valorados, pero cuya integración es conflictiva en sumo grado” (Stolkiner, 1994, p11).

Detenerse a pensar sobre los efectos que la postmodernidad ha de traer a los individuos de esta época, implica pensar en lo que se alzarán como nuevas modalidades del malestar, tanto a nivel orgánico como psíquico, o lo que de lo psíquico se manifestará en lo orgánico. Josep Moya psiquiatra y psicoanalista español analiza los cambios en salud mental en razón de las transformaciones sociales en el siglo XXI, exponiendo cómo para nuestra época, el malestar psíquico responde, ante lo que se puede perder con la ansiedad y ante lo perdido con la depresión; transformaciones sociales, que empiezan a demarcar la vida de los individuos, otorgándoles una serie de características con las que se les podría identificar, entre ellas se encuentran:

“dificultades en la representación de la palabra”, “una memoria que no parece tanto congelada en el pasado (como en los neuróticos), sino congelada por el presente vivencial”, “dificultad que se extiende a sus vínculos cotidianos con los otros”, “una actitud superficial y una cierta forma banal de asumir su existencia” (Moya, 1999).

De manera que las dificultades con las que se encuentran los individuos de esta época ante la incertidumbre laboral, la poca solidez de los vínculos y el constante empuje la satisfacción total deja marcas en el cuerpo que como mal/ estar indican la particularidad de la sociedad actual, el no hay límites, incluso para enfermar. Constantemente los individuos llegan a la consulta médica pidiendo una respuesta desde lo orgánico “a un conflicto psíquico en tanto que sus malestares se manifiestan- de forma predominante- a través del cuerpo” (Moya, 1999, p7).

En las actuales condiciones no se debe esperar menos de un crecimiento de lo que puede englobar las actuales clasificaciones diagnósticas: “Trastornos relacionados con el estrés”,

“Trastornos somatomorfos” o “trastornos por conversión” de las “que los médicos afirman no tiene fundamento físico” (CIE 10, P333). Así y con todo este malestar, ansiedades, tristezas, úlceras, entre otras, la mayoría de los postmodernos publican constantemente su felicidad, la adquisición de un nuevo artículo o su nuevo objeto de amor, esto de acuerdo a la circulación continua y global de la información, asunto este también de la particularidad de la época. Lo que nos recuerda que “La necesidad de consumo en la posmodernidad funciona como una sociedad de desorganización psicológica que precipita numerosos procesos de “relanzamiento” o redinamización subjetiva” (Daros et al, 2014, p7), nuevas formas de mal/estar.

### **6.3 El síntoma como posibilidad**

La disciplina médica sería uno de los referentes más próximos para hablar acerca del síntoma, pero en su práctica es tomado como manifestación subjetiva de una enfermedad, lo que deja su apreciación solo del lado paciente, de manera que pierde validez lo que el sujeto pueda decir de su malestar. En su base etimológica síntoma responde a un fenómeno que acontece simultáneamente, acaece, pero que con el uso en el lenguaje, especialmente gracias a la traducción dada por el latín, se ha llevado al nivel de la accidentalidad o colapso, así es como el síntoma a diferencia del signo, tiene un carácter subjetivo. En este orden de ideas es que es tomado lo que el paciente expresa de su padecimiento, es decir bajo las lógicas del síntoma, de lo que la medicina llama subjetivo o sin representación empírica. Lo que aparece como problemático para el saber médico específicamente, es que lo manifestado acerca del malestar por el paciente no tenga ninguna correspondencia con una afección anatómica, derivando esto en que el médico pueda designar a quien carga con la molestia como un simulador, un enfermo mental o un individuo estresado. Pero dicho fenómeno no es ajeno a la práctica médica de otros tiempos, tal fue la lucha que dio Freud para darle un lugar al síntoma histérico, para que no se le acusara de simulador o

eventualmente de mentiroso. Uno de los aportes freudianos da cuenta de cómo la manifestación psíquica en el cuerpo comporta cierto propósito, es este el argumento en su texto *tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* del año 1890 donde aquellos enfermos que empezaban a cuestionar el saber médico, “al menos en algunos de estos enfermos, los signos patológicos no provienen sino de un *influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo*<sup>1</sup>” (Freud, 1890, p118). Ahora bien, aunque el síntoma lleve en sí una connotación médica y aparezca como aquello que altere la armonía biológica, puede adquirir otro valor si se le estudia desde el discurso psicoanalítico. Aquí el síntoma ya no se encuentra en relación con la armonía sino con lo disarmónico, de manera que “el síntoma, en Psicoanálisis es armónico con la castración” (Miller, 1989, p9). El planteamiento de Jacques Alain Miller en *Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma*, donde la expresión lacaniana “fidelidad a la envoltura formal del síntoma” es puesta sobre la mesa de análisis, pues constituyó para Lacan una “verdadera huella clínica” que pudo orientarlo en los límites en que ella “se invierte en efectos de creación” (Miller, 1989), parece anudar síntoma y creación, permitiendo además pensarlos con cierta implicación; sin olvidar lo mórbido del síntoma que hace padecer al sujeto y que más bien establece una distancia con la creación. El asunto de la ego-sintonía del síntoma podría ubicarse en aquello que no comporta una disarmonía para el sujeto, pero que no significa ausencia de malestar, más bien se trata de otro nivel al que corresponde el síntoma, que aunque inscrito en el cuerpo no logra ponerse en palabras, “distinto de aquel donde el síntoma es hablado” (Miller, 1989, p14). Se establece de esta manera un indicio que puede diferenciar los modos en que se entiende y aborda el síntoma desde el psicoanálisis y la medicina. De ello depende lo que en la práctica se haga en razón del malestar contemporáneo,

---

<sup>1</sup>La cursiva es del texto original.

próximo al fenómeno psicosomático, al padecimiento en el organismo para el que su causa no responde la anatomía, es decir para la enfermedad que su manifestación resulta una paradoja.

Los individuos de esta época por estar al servicio de imperativos que conducen sus estilos de vida, tales como productividad, felicidad, salud y belleza pueden asumir el malestar, la enfermedad, el sufrimiento, cualquier manifestación de padecimiento o de que algo no anda bien, en una suerte de resignada aceptación, donde el sufrimiento no conduce a una división subjetiva, se trataría así de “un padecimiento “no advertido” que demanda un gasto psíquico, sostenido en la función de desconocimiento constitutiva del yo” (Boxaca & Lutereau, 2012, p4). Ante esto surge un interrogante y es que, si estas nuevas maneras de padecimiento pueden llamarse propiamente síntomas, específicamente lo que desde el psicoanálisis se entiende por síntoma, pues pasa que este malestar que en su “naturaleza no llama a la interpretación, se perfila una causa, y puede ser tirado, como los antiguos barcos de vela, al terreno de lo interpretable; para que sufra, entonces, una transfiguración fundamental, que lo constituye como propiamente analítico por cuanto se dirige al saber inconsciente.” (Boxaca & Lutereau, 2012, p7). Solo así, en el jalonamiento que direcciona el malestar hacia el saber inconsciente, es que éste puede entrar en la formalización del síntoma, desde la perspectiva psicoanalítica y ubicarse como posibilidad de saber, saber acerca de lo que en su malestar le resulta tan propio, tan íntimo, pero en el que no puede ubicar algo de sí (Boxaca & Lutereau, 2012). Aunque la relación síntoma-saber resulte muchas veces paradójal, por la misma condición del síntoma de satisfacerse en ser desconocido, se le puede seducir con el saber, saber que permitirá seguir, ubicar el síntoma como posibilidad, rastrear “la ubicación de su real dividido, y esa ubicación coincide con el fin lacaniano del análisis; allí reside su valor analítico.” (Lombardi, 2012, p4).

A los anteriores argumentos se suman, lo el que psicólogo y psicoanalista Héctor Gallo postula como “enfermedades del cuerpo que comprometen fuertemente al sujeto” (Gallo, 2002, p-2); entre las que destaca: la hipocondría esquizofrénica, las conversiones histéricas, los malestares atribuidos al estrés y los fenómenos psicósomáticos y en las que la egosintonía funciona como barrera para la producción de un síntoma que interrogue a quien sostiene el malestar y le brinde otra posibilidad. Además, el autor hace notar la posición del médico ante estos enfermos, quien según él (médico) y su saber -nada tienen-, así entonces, se explica la “necesidad de preguntar sobre lo mismo y de quejarse como un signo de ignorancia y como efecto de una supuesta terquedad del usuario, hecho que revela el rechazo a darle algún estatuto a la enfermedad en la vida del sujeto” (Gallo, 2002, p5). Gallo propone que debido al surgimiento y sometimiento de las nuevas exigencias de la época, en la que el capitalismo arrasa en su mandato y donde se anuda los sujetos ya no a un deseo sino al imperativo de competencia, es que emerge el sujeto enfermo, al que su cuerpo le sirve como muestra de su malestar, pero para el que el diagnóstico no señala correspondencia en lo orgánico. El estrés resulta la categoría diagnóstica más utilizada para nombrar los sujetos contemporáneos y se ha instalado en nuestra cultura como el malestar crónico de este tiempo (Gallo, 2002), se trataría de hacer entrar este mal-estar en las lógicas del síntoma, desde la concepción psicoanalítica, ahí donde la palabra se muestra como posibilidad de elaboración para el sujeto.

#### **64 Salud mental y orden médico.**

La sustitución de lo psíquico por lo mental ha permitido que la organización del saber sobre la enfermedad mental se haga de la misma forma como se ha hecho para la enfermedad orgánica, esta es la tesis con la que abre su trabajo Michel Foucault en *Enfermedad mental y personalidad*. “Se creó una sintomatología en la que se destacan las correlaciones constantes, o



solamente frecuentes, entre tal tipo de enfermedad y tal manifestación mórbida” (Foucault, 1991, p11). Así la noción de enfermedad empieza a regir las mismas condiciones de emergencia en lo orgánico como en lo psíquico.

Cuando en la medicina la enfermedad se postula como entidad, dado que puede ser identificada por los signos que la ponen en evidencia, en la patología mental se piensa la enfermedad del mismo modo, de manera que se podrá seguir la enfermedad mental bajo los términos de la evolución natural. La noción de enfermedad se concibe como unidad en cualquiera de los órdenes en que se presente lo patológico, relación que Foucault describe como “solo un paralelismo abstracto” (Foucault, 1991, p11); referente éste que aún para nuestro tiempo opera, pues se sigue entendiendo la enfermedad mental de la misma manera en que se desarrolla la enfermedad orgánica, incluso el abordaje clínico ha llegado a darse en técnicas de comprobación sintomatológica, ya sea que se hagan seguimientos conductuales o mapeos cerebrales, siendo las pruebas las que tendrán la verdad, como pasa con los exámenes del laboratorio que aprueban o desaprueban el diagnóstico dado por el médico. Así “se tiende a transformar ideológicamente esta determinación biológica en causalidad suprema, derivada en prácticas tecnológizadas y centrados en la farmacología” (Stolkiner, 1994, p14).

Resulta entonces pertinente traer a colación algunas de las puntualizaciones hechas por la psicoanalista Hebe Tizio en la Jornada de presentación de la revista *L’Interrogant* N° 7; la autora parte de presentar la salud mental como fundada en una exclusión, para ello se remite a la definición dada por el comité de salud mental de la OMS, el cual versa así: “La salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social” (Tizio, 2006), pero la falta de corpus conceptual propio de la salud mental

aquí se hace evidente, esta descripción responde más bien a dictámenes morales y posturas ideológicas. La psicoanalista resalta el lugar que ha venido a ocupar la noción de salud mental pues se trata de aquel en el que se hallaban las enfermedades mentales, es decir lo designado como locura, psicosis o neurosis; se pasa de una clasificación diagnóstica con base epistemológica a una clasificación reducida a adjetivos, de una clínica de la palabra por una del check list y “En este proceso de exclusión es el propio sujeto el que ha quedado fuera.” (Tizio, 2006)

Los Manuales de clasificación diagnóstica y estadística como los actuales orientadores en la salud mental permite destacar el orden que sostiene dicho sistema de clasificación. En la clínica aparece la noción de trastorno como lo que guía al profesional en salud mental, sin embargo “no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto...” (Tizio, 2006). De manera que se habla sin claridad y delimitación de síndrome, cuadro psicopatológico o patrón conductual que en el grado de significación clínica comporta un malestar y por ende una disfunción. “Se trata así de un “usuario” que tiene una “disfunción” para la que se le administra un tratamiento prêt-à-porter diseñado en otro lugar.” (Tizio, 2006).

Lo anteriormente nombrado no son más que las lógicas del orden médico. Orden donde el lugar del sujeto es reemplazado por el de la enfermedad, objeto de la medicina, el cual respondería al pedido de las ciencias positivas acerca del objeto de estudio de una disciplina, esto es que sea observable y medible. De ahí que al médico en su práctica no le interese lo que está más allá de los signos del comportamiento de la enfermedad, es decir no hay lugar para el relato del sufrimiento dado por el enfermo, dado que lo manifestado ya comporta un nivel subjetivo de la enfermedad que aleja al médico de lograr efectivamente su diagnóstico. Su labor clínica está orientada por el valor axiomático de la mirada, la que le permite constituir una teoría, una evaluación o un diagnóstico. “Sin duda la observación es un don, pero un don que se adquiere”

(Clavreul, 1983, p90). Lo que hasta aquí se ha descrito se desarrolla a partir de la lectura de la obra *El orden médico* del psiquiatra y psicoanalista Jean Clavreul que resulta pertinente en este contexto, puesto que la clínica psicológica desarrolla su práctica de manera análoga a lo inscrito en el orden médico, ya no importa lo que el sujeto pueda decir de su malestar, para ello está la enfermedad y los signos que la ponen en evidencia; emerge así otro elemento que busca desechar al sujeto, por él habla la enfermedad. A esto se suma la imposibilidad de hablar de relación médico-enfermo, el vínculo más próximo aquí es el del médico con la enfermedad, pues es ella quien posee la verdad del acontecimiento, “el enfermo está allí como mero informante de la situación de un cuerpo que falla” (Clavreul, 1983, p81). En el lugar del saber se encuentra el médico, es él quien a través del lenguaje de su orden dará consistencia de hecho (natural) a aquellos síntomas que en el órgano no responden. Esa es la función del reporte conductual en los análisis clínicos de enfermedades mentales, que funcionen como signos que sostengan el decir del enfermo. Ya no se trata de seguir la relación del sujeto con la enfermedad mental, en su lugar la salud mental intenta cada vez más posicionarse como una herramienta de control social donde no se incluye la dimensión del sujeto, sino que la orientación está determinada por “cursos de acción a seguir por la vía de protocolos homogenizadores” (Tizio, 2006).

### **Una postura crítica**

Se quiere destacar de lo anteriormente abordado cómo la enfermedad se ha convertido en nuestro tiempo en un signo más del consumo, sea que se adquieran productos o nuevas formas de vida para prevenirla o que se le ataque desde las instituciones de salud con su elemento estrella, el fármaco. Pero la enfermedad, aquella que aunque puesta en el organismo comporta una causa psíquica, también es señal, de manera singular, de los modos de satisfacción de los individuos postmodernos, de ahí las maneras en que tal acontecimiento tiene lugar en sus vidas, siendo que

no se le reconoce como algo propio, sino como un agente externo que ha venido a colapsar la homeostasis biológica y con ello el bienestar económico. Economía, salud y belleza son elementos de cambio que orientan la vida postmoderna, son los símbolos que exhibe este tiempo, elevando la idea de individualidad y narcisismo que deja a un lado la vida en comunidad, en compañía, la relación con el otro que permite establecer límites con él y que a la vez ayuda a la conformación de una identidad.

La generalización de las condiciones de vida elimina la elección como posición subjetiva ante esta, así lo que queda es la vida como una experiencia sin límites, con miles de posibilidades que no dejan lugar al error, a la falla. Cuando algo de la falta se manifiesta en la abundancia de este tiempo, más aún cuando empieza a procurar mal-estar, y esto en el orden de limitar las acciones del individuo, la solución puede hallarse con una consulta médica y su respectivo tratamiento farmacológico; se trata para los individuos postmodernos de cura y enfermedad como dos elementos ajenos, externos que vienen a ejercer ciertos cambios sobre el cuerpo. Lo que deja el reconocimiento del malestar solo a través de signos, y el sujeto, aquel que puede manifestar algo en razón de su padecimiento calla, para darle lugar a los elementos de comprobación diagnóstica.

Lo que aún no adquiere valor es la concepción del síntoma como un llamado de atención, como opción, posibilidad, otra manera de manifestación subjetiva, es decir un modo de expresar un insoportable que no ha podido ser traducido vía la palabra, por ello toma el cuerpo como lienzo sobre el cual plasmar y exponer la insatisfacción que trae el vivir. De manera que asumir el malestar, la enfermedad como una simple cuestión causal, desecha cualquier posibilidad de implicación subjetiva, más aún de emergencia de un sujeto, pues resulta más fácil para la unidad individual aprender a vivir con la enfermedad, someterse a ella, no cuestionar esa particularidad del padecimiento. Se queda el malestar contemporáneo, la enfermedad representada en el cuerpo

como síntesis de los “problemas” a los que se enfrenta el sujeto, pero para los que no hay posibilidad de llevar a nivel de la división subjetiva, a metaforizar con el síntoma, ahí donde la construcción se hace con palabras, pues puede ofrecer otra posibilidad a lo no dicho que soporta una satisfacción en el padecer.

Pero lo ofertado como clínica en este tiempo opera sobre la enfermedad de causalidad psíquica, aunque de manifestación orgánica, bajo las lógicas del orden médico donde se quiere del enfermo solo aquello que pueda corroborar su enfermedad, así entonces se trata lo que dice el sujeto, su reporte conductual, como los signos de la enfermedad, lo que la sostendrá. El clínico orienta su análisis en el chequeo de criterios diagnósticos que terminen por dar una nomenclatura al malestar, sin importar la relación del sujeto con su enfermedad, cómo la vive, qué implica para él y si ella comporta necesariamente un obstáculo como lo ve el funcionario clínico. En este orden, las condiciones bajo las que se desarrolla el trabajo en el campo de la salud mental, funcionan más como instrumento promotor, disciplinar y de control de las individualidades, queriendo desechar cualquier referente de subjetividad. Sin reconocer que la subjetividad emerge en lo que para ellos es indicio de desadaptación.

## **7 Capítulo 2. Medicina, Psicoanálisis y postmodernidad: Historia y fundamentos sobre lo psicosomático**

“el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática permanece abierto”

(Foucault, 1991, p16)

Hablar de lo psicosomático, hacer referencia a lo que comporta y lo que en la actualidad pueda evocar, resulta una cuestión que convoca a responder a distintos saberes. Cada uno de estos

conocimientos volcados sobre lo que el hombre pueda constituir, ya sea como una unidad orgánica organizada anatómicamente y que posee una dinámica de funcionamiento, como lo piensa la medicina. Para la Antropología se trata de un modo de pensamiento integral, en donde importa además del desarrollo biológico del hombre, las formas de relación que ha podido establecer, los modos de vida que éste ha inaugurado y cómo logra una manifestación tal a través de la cultura. Pero también comporta un interés en el humano lo correspondiente a lo psíquico, esa expresión que singulariza al animal-hombre, que toca a la experiencia humana en su totalidad, y que ha sido estudiado desde la Filosofía, hasta llegar a la Psicología o lo que resulta ser otro saber interesado en esto, el Psicoanálisis.

De ahí que para el desarrollo de esta investigación y delimitadamente en este capítulo, se lleve a cabo el análisis del término psicosomático, su evolución en un marco histórico, es decir lo que como antecedente fundamental corresponde a la problemática de la dualidad de mente-cuerpo. A esto se suma un rastreo en diferentes campos de estudio tales como la Medicina y el Psicoanálisis, delimitado por lo que, para cada uno implica lo psicosomático. Además de plantear la emergencia del malestar psicosomático como muestra del malestar contemporáneo, donde la celeridad de la vida no deja espacio, ni siquiera para enfermar.

## **7.1 De la dualidad mente-cuerpo a la emergencia de lo psicosomático**

El hombre parte de su interés por conocer, entender lo que su entorno le ofrece como experiencia de vida, pero más allá de contentarse con saber acerca de los objetos y las formas de vida que lo acompañan en el medio en el que se desenvuelve, su interés se vuelca por la cuestión de su “ser”, qué lo constituye, cómo funciona y cuál es el orden al que responde. Los vocablos griegos *psyche* y *soma* han transitado por la historia de la filosofía, la cual intenta responder a la pregunta por el hombre y han trascendido a la investigación científica en sus equivalentes mente

y cuerpo. El verbo griego *psycho* significa soplar y en su derivado se encuentra el sustantivo *psyché*, que indica soplo o aliento que expele el ser humano al momento de morir, es decir, “un hálito de vida que se escapa del cuerpo con el último aliento” (Rohde,1948, p9), por otra parte, *soma*, de raíces igualmente griegas, significa cuerpo, esa parte material y perecedera del ser humano. Aquí emergen los distintos planteamientos acerca de lo que conforma la naturaleza humana. Para Homero, el cantor de epopeyas griego, el aliento de vida podía ser sin el cuerpo, pero el cuerpo vivo no podía ser sin él; con Platón se elevan las nociones de alma y cuerpo como realidades naturales distintas, Aristóteles por su parte traza el estudio de estos conceptos en su relación, a partir de una perspectiva naturalista, pues “En la mayoría de los casos se puede observar cómo el alma no hace ni padece nada sin el cuerpo, por ejemplo, encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir en general” (Aristóteles, p25). Para este filósofo el alma como naturaleza del hombre es susceptible de volverse inteligible por medio de una ciencia como la física. Es con la filosofía cartesiana que se asienta el dualismo mente-cuerpo, dado que se toma la sustancia pensante (alma) y la sustancia extensa (cuerpo) como autónomas y sin ninguna relación, su interacción solo se puede explicar gracias a la teoría de la glándula pineal “principal fuente del alma y el lugar en que se producen nuestros pensamientos” (Descartes, 1990, p34). Descartes en su *Tratado del hombre* expone la configuración del cuerpo humano en analogía con la construcción de una máquina, así explica su funcionamiento, cómo se ordenan los diferentes sistemas al interior de él y qué destino tienen en razón de lo ejecutivo de ese cuerpo, es decir los movimientos a realizar, qué los impulsa y cuál resulta ser el efecto de ello. De ahí que el filósofo decida describir desde la circulación de la sangre, lo que conforma el ahora conocido sistema circulatorio, esquelético y muscular hasta el funcionamiento de cada uno de los sentidos, para llamar la atención que sobre lo que en esta máquina acontezca y que tiene que ver en su mayoría con objetos externos

y que puedan ejercer sobre ella una estimulación tal a la que habrá de responder. Pero que en ocasión de que la máquina pueda poseer “*un alma racional*” (Descartes. 1990, p36), ésta estará ubicada en el cerebro y tendrá la labor de “provocar, impedir o modificar en cierto modo los movimientos de la fuente” (Descartes. 1990, p36)

Descartes inaugura una forma de pensamiento conducido por un reduccionismo fisicalista, así la ciencia empieza a tomar parte en esto para dar explicación a los distintos fenómenos sin perder su criterio de cientificidad que impone como condición la delimitación clara de un objeto, el cual se entiende “como aquello que ocupa un espacio y tiempo y que es susceptible de medición” (Lemos, Restrepo et al, 2008, p139). De manera que los distintos saberes que se ocupan del conocimiento del hombre (la medicina, la antropología, la psicología) dejan la interpretación del fenómeno de la vida a la racionalidad mecanicista, abandonando la idea tradicional de alma por carecer de condiciones que sean del interés científico empírico para su legitimación como objeto de estudio. El modelo de explicación causal, consecuencia de la racionalidad dualista, pauta el argumento para la explicación de los distintos fenómenos en el orden causa-efecto. Pero las implicaciones de lo psíquico en lo somático quedan aún sin resolver, volviendo a revelarse en el padecer del hombre, según sea lo que imponga la época.

Cada época expone su malestar y con él las medidas que se utilizan para tratarlo; por ejemplo en la edad media se acusa a las mujeres de ser las causantes del mal que circula en el medio y se les sacrificaba por creer que acabando con su cuerpo se extinguiría el mal que habitaba su alma, le siguen a estas prácticas la trepanación y la lobotomía, intervenciones en el organismo que intentaban resolver el malestar psíquico. La pregunta punzante para las ciencias del hombre (medicina y psicología especialmente), la marca la histórica que logra evidenciar lo corporal y lo anímico como de acción recíproca, pues en cada una de ellas “puede observarse que los signos



patológicos están muy nítidamente bajo el influjo de irritaciones, emociones, preocupaciones, etc. Tanto que pueden desaparecer, dando sitio a un estado de plena salud y sin dejar secuelas aunque hayan durado mucho tiempo” (Freud, 1980, p117). Ya no basta para la enfermedad una intervención desde lo orgánico, con las histéricas se abre la pregunta por el tipo de operación que sobre estas enfermas se habrá de ejecutar, donde su padecimiento físico no corresponde a una causa orgánica, sino psíquica, es decir se trata de un malestar de implicación psicosomática.

Lo psicosomático puede responder entonces a la síntesis de los vocablos griegos *psiche* y *soma*, pero se trata más bien de la respuesta de la medicina al problema mente-cuerpo. Aunque de uso más antiguo la palabra psicosomático fue acuñada por el médico y psiquiatra Felix Deutsche en 1922 (Uribe, 2006), quien al parecer reconoce la influencia de lo psíquico en lo somático a través de la observación clínica de sus pacientes con enfermedades cardíacas. Se incluyen así los aspectos psicológicos y somáticos en el proceso de enfermar sin una clara definición de las formas de interacción de estos elementos, además de una “pérdida de las distinciones necesarias entre lo físico y lo psicológico, en aras de un holismo que da lugar a una metacategoría (lo psicosomático)” (Lemos, Restrepo, et al 2008, p140). En efecto se halla en esto una no correspondencia entre lo que se denomina salud como un estado de completo bienestar físico y mental, y lo que dicho desde su percepción indica el individuo. El modelo biopsicosocial que, en oposición al modelo biomédico, en donde la salud como la enfermedad se conciben solo desde campo biológico, integra elementos psicológicos, sociales o culturales además de los biológicos a la nueva idea de salud y por consiguiente de enfermedad, reconociendo al individuo en su propiedad integral. Así este modelo es el que logra tomar las riendas de la problemática mente-cuerpo en la medicina, consolidando la salud y la enfermedad como el efecto de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, lo que a su vez le permite fijar como un ente global la noción de individuo,

el cual desde su etimología dada por las raíces latinas responde a lo indivisible, a la unidad no divisible. De ahí que cada persona sea “diagnosticada y tratada como un ente global” (Lemos, Restrepo & otros, 2008, p142).

Tal perspectiva global solo intenta hallar en los elementos externos de la historia del individuo las respuestas a las particularidades de lo psicosomático, dado que como enfermedad orgánica no está claramente demostrada y como enfermedad mental, no alcanza los criterios diagnósticos de una categoría de aspectos netamente psicológicos. Quizá pensar el organismo como un todo sea una manera de responder al problema mente-cuerpo y ocuparse de lo que en su lugar emerge como psicosomático, pero tal respuesta puede ser más un modo de evitar lo que tiene por decir el sujeto.

## **7.2 Perspectiva médica de lo psicosomático**

La medicina psicosomática como se hizo mención en el anterior apartado, ha intentado ocuparse de entender todo aquello que se pueda decir en razón de la continuidad psique-soma o lo que termina por denominarse psicosomático, en ese orden de ideas es que han decidido hacer su abordaje desde dos aspectos, uno que corresponde a la atención holista de la patología, en razón de la implicación de distintos elementos ya sean sociales, biológicos o psicológicos en el curso de la enfermedad y otro que se dirige específicamente a determinado grupo de enfermedades en las que la lesión orgánica o la alteración fisiológica no corresponden en su etiología al nivel anatómico. En lo que respecta al interés de esta investigación, se tomará en consideración lo que como enfermedad se entiende de lo psicosomático en el campo médico.

Aunque para la medicina “clásica” lo psíquico no era parte de su interés, en el encuentro con el enfermo, en el dialogo ahí establecido es que el médico llega a considerar que no todas las enfermedades se ajustan al esquema tradicional de diagnóstico y tratamiento (Lima, 1983) y en las

que la pérdida de las capacidades racionales no se hallaba como síntoma, para designar tal cosa como locura. Así “La patología psicosomática emerge del estudio de las neurosis humana ante la imposibilidad de encontrar en ellas lesión anatómica primaria determinante de la evolución patológica” (Lima, 1983, p14); los trabajos de Charcot, Freud y Janet con pacientes histéricas constituyen un antecedente para la medicina psicosomática que intenta retomar la historia del enfermo como un punto de partida para el desarrollo de la enfermedad. Pero en poco tiempo se deja a un lado el aporte de la teoría psicoanalítica para dar lugar a nueva información sobre la enfermedad y el tratamiento psicosomático, entre ellos se pueden destacar: los estudios de Pavlov sobre los reflejos condicionados y su vinculación con los estudios de la teoría del aprendizaje, los estudios fisiológicos del medio interno y el papel del diencéfalo, los estudios sobre la corteza límbica y la sustancia reticular del tallo cerebral, además de los trabajos de Seyle sobre el concepto de estrés y el síndrome general de adaptación (Lima, 1983). Este último “sugiere que en los seres humanos se producen las mismas reacciones fisiológicas al estrés, independientemente del estímulo provocador” (Ocaña, 1998. P44). En este sentido, es posible identificar como el síndrome general de adaptación empieza a adquirir más relevancia en nuestra época, el individuo de este tiempo se encuentra sujeto a la demanda económica, social, de salud y belleza que circula en su medio, ubicándose dichos imperativos en la cima de la realidad a conseguir, de ahí que su lucha diaria sea por llegar a alcanzar este ideal, no importa el precio que haya que pagar. De esta manera se somete el cuerpo a una tensión constante para lograr entrar en las lógicas del estado económico-social actual, y ello se registra en el aumento de la enfermedad y en las complicaciones de las patologías ya diagnosticadas, tal es el caso de la enfermedad de arterias coronarias (EAC) que en las últimas décadas ha logrado posicionarse como un problema de salud pública, no sólo por sus causas conocidas, sino también porque se ha “identificado que el estrés, y aspectos

comportamentales y emocionales, tienen aproximadamente la misma potencia de asociación con la EAC que la... hipertensión y el tabaquismo, Y que son factores de riesgo significativos y tan importantes como los tradicionales” (Tobo & Canaval, 2010. P-21). Entonces la enfermedad es entendida como una alteración al equilibrio biológico debido a la exposición de un agente externo, que puede causar en el individuo altos niveles de estrés o le demuestre su incapacidad para adaptarse, pero nunca el enfermar, al menos en esta época, es una señal, una muestra de singular insatisfacción.

Un aporte a la medicina psicosomática y en sí a la medicina de orientación bioquímica que vale la pena resaltar es el dado por la llamada “medicina de la persona enferma” (Lima, 1983, p19), para la que la biografía del individuo puede indicar aspectos claves en el desarrollo del enfermo que preestablezcan condiciones para desarrollar ciertas formas de patología. Entre los elementos que se rastrean en la biografía del individuo se encuentran sus relaciones sociales, los vínculos fraternales, los tipos de dieta alimenticia y demás aspectos que harán parte de las posteriores investigaciones de los denominados “determinantes individuales”. Esta modalidad de investigación tiene su raíz en la investigación epidemiológica, que parte del interrogante acerca de ¿por qué ciertas poblaciones desarrollan o adquieren un tipo de patología y otras no?, el asunto se resuelve identificando ciertos elementos que circulan dentro de la población, ya sean estos de tipo sanitario, demográfico o socio-cultural y que aumentan la posibilidad de que la comunidad que los comparte sea más propensa que otra a la adquisición o desarrollo de cierta enfermedad (Fernández, Thielmann & Bormey, 2012). Los elementos antes mencionados harán parte de lo que se define como “determinantes sociales”. Pero este aspecto se desarrolla aún más cuando se decide llevar la pregunta holista por la patología al individuo, es decir, ¿qué condiciones, además de las biológico-anatómicas ya establecidas, inciden en que un individuo adquiera una enfermedad y no otra? Con

los elementos antes mencionados acerca de los determinantes individuales, se empiezan a estudiar “los hábitos personales de salud, la autorresponsabilidad, el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas (habilidades para la vida); las aptitudes y actitudes de adaptación para enfrentar la vida” (Fernández, et al, 2012). En suma, con los determinantes individuales se empieza a señalar que para cada acción existe una consecuencia y que ella determinará lo que habrá de advenir para el individuo, en razón de salud y enfermedad, para su desarrollo, sin obviar, lo que de por sí ya marca el componente genético (Lima, 1983). Ahora bien, para retomar la idea acerca de lo que como aporte da la “medicina de la persona enferma” cabe señalar que el interés por la biografía del enfermo se realiza en el orden de un seguimiento de determinantes, es decir, qué aspectos o condiciones tienen una relación directa con la forma del padecimiento que sostiene el individuo. De ahí que “El sello distintivo de la medicina psicosomática es la insistencia de que en el diagnóstico se tengan en cuenta tanto los factores psicosociales como los biológicos” (Diez, 1975, p65); a lo que se suma su meta, que como lo expresa Mariano Diez (1975) implica ocuparse de mantener el equilibrio o procurar recuperarlo, si es que se ha perdido, en la relación cuerpo-mente. Lo que desde esta perspectiva se propone para la intervención de lo psicosomático está ligado a la multiplicidad determinantes en la enfermedad y por ello su ejecución va desde el aspecto genético hasta la importancia “de las experiencias y las relaciones tempranas en la regulación de las respuestas adaptativas” que incluye “el estudio del rol del estrés y el trauma como factores que pueden llevar a procesos patológicos” (Uribe, 2006, p19).

A partir de aquí se postulan como referencia para la medicina psicosomática algunas manifestaciones o “enfermedades estructurales en las cuales el factor emocional perturbado posiblemente predomine como factor “causal”” (Morgetts, 1966, p44) o también conocido como “mal imaginario”, del que se dice tiene como desencadenantes las diferentes tensiones de la vida

(problemas económicos, profesionales, familiares, morales o sociales) y que en sobrecarga tensional pueden producir en el rango de “clínicamente significativo” síntomas orgánicos. En suma, se trata del individuo que va de una institución médica a otra, buscando respuestas físicas que puedan demostrar su malestar y sostenerlo en el estatuto de enfermedad “orgánica”.

Sin perder de vista lo anteriormente expuesto, las investigaciones sobre el concepto de stress y aquellas que demuestran relaciones entre las respuestas fisiológicas a determinados estados de ánimo, señalan una orientación para el entendimiento de lo psicosomático en la medicina. Desde esta posición se lee lo que ciertos estímulos estresores pueden producir como “manifestaciones específicas en determinado órgano” (Diez, 1975, p75) del individuo, además de poder demostrar las respuestas al miedo y la ira (emociones) a través del cambio de la frecuencia cardíaca o la rigidez muscular (respuestas orgánicas). Para la medicina psicosomática lo que puede explicar la continuidad entre lo psíquico y lo corporal es lo que desde su saber nombran como el eslabón del reflejo condicionado “que representa en sí una unidad en la actividad cerebral” (Diez, 1975, p89). Señal ésta de que aún se navega por aguas en las que en lo profundo se sigue tomando al individuo en su totalidad orgánica a la que agentes externos perturban su equilibrio funcional, lo que trae como consecuencia la enfermedad, dejando a un lado, es decir excluido, lo que comporta lo psíquico en la enfermedad y que para el modelo médico y las disciplinas orientadas por él, puede entenderse desde las lógicas de la enfermedad simulada, de conversión o por estrés.

### **7.3 El ojo clínico: lo psicosomático como enfermedad**

En la historia de la descripción, clasificación y diferenciación del malestar humano se han dado diferentes acepciones en sus raíces a la noción de afección, que posteriormente sirven en el rastreo de la evolución o significado de dichos términos; entre los que es posible nombrar se encuentra *nosos* o *morbus* haciendo referencia al indicio o sospecha de la enfermedad, *astheneia*

o *infirmetas* que designa delicadeza o flaqueza y finalmente *pathos* o *dolentia* para aludir al sufrimiento. La noción de enfermedad es la que reúne en sí estos antecedentes, pero a su vez es el punto de partida para la demarcación de nuevas concepciones. Para Hipócrates la enfermedad constituye un desorden de la naturaleza humana en la que predomina una cualidad fisiológica, con Galeno la enfermedad es el resultado de una causa externa que se posa sobre un individuo sensible (Ruiz, 1966). La medicina es entonces la ciencia que encabeza la descripción y nominación de la enfermedad, tal es la hipótesis que desarrolla Foucault (1997) en su obra *El nacimiento de la clínica* pues “la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción” (p30). No siendo suficiente con la descripción metafórica de la enfermedad, nos dice Foucault, para la medicina es necesario ampararse bajo la modalidad argumentativa de la fisiología con el único objeto de dar a su práctica un carácter científico. Se pasa así del arte de curar a la ciencia de curar, en donde vale como principio rector del hacer la observación. Es la mirada médica la que posibilita la extensión del dominio clínico sobre la enfermedad haciendo posible ir en busca de la causa de la enfermedad, saber acerca de su naturaleza, distinguirla de otras enfermedades y reconocer sus caracteres propios, todo esto “al primer vistazo”, por tanto el ojo es el “que sabe y decide” y finalmente el “ojo que rige” (Foucault, 1997, p130).

La enfermedad, entendida desde el campo médico se soporta como un elemento visible y en consecuencia enunciable, pero si en contraposición a lo visible de la enfermedad no se halla el elemento enunciable ¿podría enmarcarse este fenómeno como enfermedad? Tal resulta ser el caso de lo psicossomático y no es para nada un problema su falta de correspondencia entre los signos y síntomas de la enfermedad con su causalidad orgánica. Se ha resuelto tal falla con la nominación que el sistema de clasificación diagnóstica y estadística de los trastornos mentales (DSM) ha

impuesto a estas manifestaciones, basados en criterios estadísticos y de consenso un grupo de psiquiatras. Pero hay que señalar que no siempre los criterios estadísticos y de consenso han estado ligados al manual diagnóstico, es a partir del DSM III y sus siguientes versiones, que se elimina la descripción del trastorno a partir de modelos teóricos, y se introduce la idea de “criterios diagnósticos con bases empíricas” (Barrio, 2009, p85), para ello se implementa una revisión multiaxial de los trastornos que deja a un lado cualquier postura teórica para la delimitación de los mismos. Con cada nueva versión del DSM, aumenta la inclusión y codificación de nuevos trastornos, se cambia la nominación de neurosis por ansiedad, de histeria por conversión y se incorporan nuevos trastornos como los “alimenticios”, “del desarrollo” y los “cognitivos”. En su quinta versión el DSM ha decidido asociar en un mismo grupo las enfermedades de lesión orgánica pero sin causa efectiva anatómica, la categoría diagnóstica las denomina: “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados”; incluido en esta clasificación se halla el “Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)” (p183) y “Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados” (p186), de especial atención resulta la última categoría pues se trata de:

“presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.” (p186)

Se trata quizá para lo psicosomático de un inclasificable o para el que lo visible de la enfermedad solo ha podido nombrar como “otro trastorno”. Este es el marco que envuelve lo psicosomático como enfermedad en el campo de las ciencias de la salud (medicina y psicología).



De ahí que tenga validez su convenio al nominalismo de enfermedad pues “Debería ajustarse a las exigencias de entidad morbosa bien definida” (Martines, 1966, p264) y lo cumple, solo que al seguir las huellas de la enfermedad se desvanece el camino que señala la causalidad. A padecimiento psicossomático pueden responder entonces “todos aquellos que aparentemente no reconocen etiología alguna específica o no es posible explicarlos” (Diez, 1975, p69). Pero para el campo de la medicina denominada psicossomática no hay inexplicable, pues se reconoce en la aparición del padecimiento psicossomático o enfermedad psicossomática una sobre estimulación, o carga máxima de estímulos externos, ya sea medio ambientales, sociales o geográficos que pasan a alterar el estado de homeostasis biológica, por la cual se presenta el síntoma orgánico (Diez, 1975).

Entonces lo que queda al médico en su práctica es saber identificar las enfermedades psicossomáticas. Para estar seguro de su diagnóstico debe corroborar que existe un malestar psíquico, por una parte, y por otra, “la presencia de reacciones y alteraciones orgánicas, y ello por un prolongado lapso de tiempo” (Hoff & Ringer, 1966, p105). La consulta médica del enfermo psicossomático extiende su indagación a elementos biográficos, lo que puedan decir del enfermo las personas que lo conocen, estudios psicofisiológicos, genéticos y sociales, con el fin de obtener cualquier información que revele elementos que pueden constituir causa o determinantes de la enfermedad. Resulta una condición para estos casos prestar atención a lo que el enfermo pueda decir de lo que lo afecta, todo lo que ponga en su expresión verbal, además de la descripción de sus molestias, es importante, pues es en ellas en las que los enfermos psicossomáticos “se salen del marco de los esquemas diagnósticos corrientes” (Plozza & pöldinger, 1975, p127). En este orden de ideas, se cree que obteniendo mayor información sobre el individuo enfermo y las condiciones que hayan podido incidir en su malestar, se podrá abolir la sintomatología, pero esto no es más que

evasivas con cara de argumentos que niegan la implicación del sujeto en esa alteración que lo hace sufrir.

La enfermedad concierne al individuo en su relación con el mundo, tal es pues la lectura de la medicina psicosomática, pero resaltar esta relación es más señalar lo que como agentes externos el mundo ha dado al individuo determinando así su particularidad, hasta en los modos de enfermar. Lo que no hay que perder de vista en esta relación es que estamos encontrándonos con un individuo que “ya no es capaz de cierta actitud frente al mundo” (Foucault, 1991, p19), se siente incapaz de vivir y aunque no muy a gusto con la idea de morir, decide enfermar. Y su enfermedad al no entrar en las lógicas del diagnóstico clínico, es decir al no poder ser clasificada por el ojo clínico, queda como desecho de éste saber y a la espera de otra lectura.

#### **7.4 Una lectura psicoanalítica de lo psicosomático**

Los *Estudios sobre la histeria* (1893-95) del médico neurólogo Sigmund Freud se ubican como antecedente de lo psicosomático. La lectura que hará el psicoanálisis de tal fenómeno, no solo por la modalidad de padecimiento de la histérica, quien en sus signos patológicos mostraba una alteración al nivel del funcionamiento orgánico, sino más aun por lo que el estudio de las neurosis, en el que se incluye la histeria, brinda como hipótesis, y es pues que “al menos en algunos de estos enfermos, los signos patológicos no provienen sino de *un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo.*” (Freud, 1890, p118). Así entonces los afectos, que pueden hallarse dentro de los que se llaman procesos de pensamiento o cualquier actividad anímica, no escapan a las manifestaciones corporales, con esto se quiere hacer entender que dichos afectos tienen “la capacidad de alterar procesos físicos” (Freud, 1890, p118). Afectos que, con las posteriores indagaciones freudianas, se reconocen con cierta implicación de carácter sexual. Esta hipótesis se desarrolla en el trabajo titulado *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898), donde Freud

subrayará, lo que en otros estudios que le antecedieron tuvo cierta atención, pero al que no se le prestó mayor interés. Argumenta así, que “unos factores de la vida sexual constituyen las causas más próximas y de mayor sustantividad práctica en todos los casos de afección neurótica” (Freud, 1898, p257), es decir, los sucesos de la vida sexual de los neuróticos adquiere valor en la clínica de dichas afecciones, al menos para Freud, quien lo demuestra con la exposición de algunos casos en los que la remisión a un sanatorio de aguas procuraba la mejoría del enfermo, pero que el en momento del retorno a las circunstancias de la vida cotidiana los síntomas volvían, persistían en él y dice el autor, en aras de evitar dichas recaídas, habría que preguntar con acierto y concreción qué acontecía con la vida sexual del enfermo. Esta situación aclara, a la vez que fortalece la hipótesis del autor, pues es en lo habitual del vivenciar del enfermo que éste tiene que enfrentarse con sus impulsos sexuales, los arreglos para el comercio sexual y las particularidades de su práctica.

Lo anteriormente expuesto es el aporte freudiano al estudio de las patologías y a su vez a la comprensión de lo que concierne a los fenómenos humanos. *Algunas consideraciones con miras a un estudio de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1893 (1888-93) son los registros que logró Freud de los argumentos médicos de su época que intentaban explicar los mecanismos alterados de las parálisis, especialmente la comparación de las que se ubicaban en la categoría de orgánicas o motrices con las histéricas. Lo que descubre este autor es que no es posible creer que la histérica en su parálisis simula algún tipo de parálisis orgánica, puesto que estas últimas responden a una falla en el circuito de comunicación medulo-cerebral o a un corte en los circuitos del sistema nervioso que no logran captar la información dada por el cerebro. Las parálisis histéricas comparten caracteres con las parálisis orgánicas, solo pueden hallarse en sus manifestaciones ciertas formas de presentación de las parálisis orgánicas, de ahí que Freud

proponga entender las parálisis histéricas no en razón de la anatomía del sistema nervioso, pues la histérica se comporta como si no existiese anatomía, al menos para ella, de manera que “Toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna, hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja en los vestidos” (Freud, 1893, p206). Esta forma de sensibilidad propia de la histeria en la que se excluye a la anatomía resultaba hasta ese momento inexplicable al campo médico, pero gracias al acierto freudiano que expresa lo corporal y lo anímico como de acción recíproca se señala una vía alterna para el tratamiento de este padecimiento que no fuera de intervención orgánica. Tal resulta ser la implicación afectiva o anímica sobre el cuerpo, que la reacción del individuo a ciertas impresiones de la vida solo alcanza a expresarse mediante una respuesta motriz; de ahí que se incluya en el proceso de cura un trámite vía la palabra del afecto excedente, con esto se logra mostrar cómo “el brazo paralizado *se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra.*” (Freud, 1893, p209). En el síntoma histérico descubre Freud, la manera en la que se impone el sufrimiento sobre el cuerpo, para el que las intervenciones orgánicas no alcanzan y la palabra se encuentra como mediador. Hasta aquí algunas puntualizaciones sobre la relación psique-soma, de la continuidad que constituyen en el ser humano y que como aporte desde la lectura psicoanalítica freudiana ingresa otra forma de comprensión para el malestar orgánico de implicación psíquica.

La lectura que hace Lacan de Freud le permite actualizar y poner en el registro de su época los planteamientos del creador del psicoanálisis. No al modo de una repetición teórica sino de un análisis incisivo de la estructura de este pensamiento, a partir del cual es posible un nuevo decir que no obvia los fundamentos, sino que teniéndolos como base es que se convoca la emergencia de nuevos conceptos para el psicoanálisis. El psicoanálisis orienta su clínica a partir de tres grandes

cuadros que corresponden a las denominadas estructuras clínicas, las cuales son: neurosis, psicosis y perversión. A diferencia de la clínica psiquiátrica y psicológica, la clínica psicoanalítica no parte de la observación de los síntomas para hacer una clasificación diagnóstica, en su práctica, al psicoanálisis le interesa, lo que el sujeto tiene por decir en razón de su malestar, cómo nombra sus síntomas y cuál es la relación que él establece con ellos, es decir cómo puede nombrar su implicación en el padecimiento. La histeria hace parte de las manifestaciones sintomáticas que Lacan ha formalizado a partir de las estructuras clínicas, siendo una de las modalidades de la neurosis, se reconoce en su queja un llamado al Otro<sup>2</sup>, una pregunta dirigida a alguien que aunque tenga el propósito de devaluar su saber, no puede ser sin él ni de otra manera, puesto que es en el diálogo con ese Otro que algo del malestar se logra restar, precisar, poner en palabras. Es fundamental aquí situar lo correspondiente al síntoma desde la formalización psicoanalítica lacaniana y que logra tomar distancia de lo que tiene que ver y como se entiende lo psicossomático desde esta postura, es decir, como un fenómeno. El síntoma “se trata de una forma del inconsciente que tiene estructura de lenguaje, que supone una sustitución que nosotros llamamos, con el lenguaje de la retórica, metáfora y, por lo mismo, que está abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación y a una modificación debida a la emergencia de efectos de verdad” (Miller, 1994, p173).

Lacan en *Conferencia en ginebra sobre el síntoma* (1985) propone unas particularidades para el fenómeno psicossomático que no le permiten ubicarlo en las lógicas del síntoma. El fenómeno psicossomático, argumenta este autor, es más del orden de lo escrito en el cuerpo, de la marca en tanto expresión de letra que aún no ha sido leída por el sujeto y esto ya muestra una diferencia con

---

<sup>2</sup> Otro con mayúscula es un “Término utilizado por Jacques Lacan para designar un lugar simbólico -el significante, la ley, el lenguaje, el inconsciente o incluso Dios- que determina al sujeto, a veces de manera exterior a él, y otras de manera intrasubjetiva, en su relación con el deseo”. Diccionario de Psicoanálisis. Elizabeth Roudinesco y Michel Plon

el síntoma, que es el efecto de la lectura del sujeto de esas huellas en el cuerpo, una respuesta, una solución, aunque desde el malestar, a eso disarmónico que inaugura el afecto que afecta el cuerpo. Pero hablar del cuerpo en el psicoanálisis requiere una precisión, y es que dicho término no tiene las mismas connotaciones para otras disciplinas, especialmente para las de la salud (que para el interés de esta investigación concierne a Medicina y Psicología TCC), en las que constantemente se utiliza para hacer referencia a la anatomía o constitución biológica que es el organismo humano. El cuerpo del que se habla en Psicoanálisis implica un más allá de la necesidad biológica, de los órganos y tiene que ver con “una transcendencia en la que son ubicados los ordenamientos simbólicos que le dan existencia como representación imaginaria” (Gallo, 2002, p120). Lacan argumenta que *Lo simbólico, lo imaginario y real* “son los registros esenciales de la realidad humana”, donde ordena la satisfacción de la pulsión como principio (1953, p1), y aquí tendrá lugar la explicación de lo antes mencionado, dado que corresponden a un desarrollo conceptual fundamental para el psicoanálisis de orientación lacaniana y al que se aludirá en distintos momentos de esta investigación. Lo real corresponde a ese registro que no se puede nombrar, al que el lenguaje no alcanza y por tanto no se puede expresar en palabras, esas que nos permiten como seres humanos diferenciarnos del animal, construir comunidad, establecer reglas y relacionarlos con el otro, es decir somos seres de lenguaje y el lenguaje es lo que constituye el registro simbólico, aquello que media en cualquier vínculo que intente establecer el hombre. El registro imaginario refiere a esa dimensión que en el lugar de la palabra se halla la imagen, que permite la realización de toda satisfacción, además de la configuración de la imagen propia del cuerpo, a partir de la diferenciación con el otro.

Así en el vínculo síntoma-cuerpo, del lado de la histeria, se trata de una inscripción en lo simbólico que remite a otra cosa, en este caso a la marca de la experiencia traumática, de ahí que

algo de su malestar pueda referir el sujeto y con ello disminuir el padecer a través de la palabra; por otra parte, en el fenómeno psicossomático “Todo sucede como si algo estuviera escrito en el cuerpo, algo que es dado como un enigma.” (Lacan, 1885, p36), y que no hace posible obtener una palabra en la que el sujeto se implique al referirse a su padecimiento, todo lo que le acontece es tomado como un agente extraño, debido al ambiente y no a la relación que pueda tener con su cuerpo y sus formas de satisfacción. Que el síntoma esté inscrito en el orden simbólico alude a la posibilidad que ofrece el lenguaje, para nombrar aquello insoportable, que en ocasiones resulta una presentificación de lo real, ese innombrable; mientras que lo psicossomático deviene como “algo que de todos modos, en su fundamento, está profundamente enraizado en lo imaginario.” (Lacan, 1885, p-40). Esbozado esto, es importante no perderlo de vista, síntoma y fenómenos psicossomático no son equivalentes, pero el abordaje de tal diferenciación, crucial para esta investigación, será desarrollado más adelante.

El fenómeno psicossomático aunque un asunto un tanto enigmático como manifestación del malestar humano, de la enfermedad en sí, de una marca en lo real del órgano que remite a una causalidad psíquica, no está fuera del interés del psicoanálisis; la posibilidad que se presenta para su abordaje desde este saber es reconocer en el individuo enfermo condiciones para la emergencia de un sujeto, alguien que podría hablar de su malestar por lo íntimamente relacionado con él y no como un evento en donde un estímulo provoca cierta respuesta. De manera que “El fenómeno psicossomático es, pues, un campo de investigación” (Miller, 1994, p177).

## **7.5 El padecimiento psicossomático una cuestión postmoderna**

“el beneficio que el enfermo encuentra en negar su presente refugiándose en la enfermedad reside en su necesidad de defenderse de este presente”

(Foucault, 1991, p53)

Cada época es portadora de un malestar en particular, representado en ciertas enfermedades, pero la nuestra, la postmoderna, es la época en la que los individuos “no enferman”. No porque se haya encontrado una fórmula que erradique el desgaste o envejecimiento orgánico, o porque la vida en general sea un cultivo de tranquilidad, se trata más bien de una negación del ciclo natural del organismo y de una ceguera ante las dificultades de la vida, aquellas que enmarcan los acontecimientos de la relación con el otro, de hallar un lugar en la sociedad, de limitar las tendencias propias para lograr diferenciarse, entre otras cosas. Para los individuos postmodernos está prohibido enfermar, esto en razón del imperativo “no parar” que asegura no solo un alto nivel de producción sino también amplias posibilidades de consumo. Lo que no se ha tenido en cuenta en esta sociedad postmoderna es que “la enfermedad se sitúa específicamente entre la contradicción en las estructuras de la experiencia social y la conciencia lúcida de esta contradicción” (Foucault, 1991, p103), es decir que aunque se pregone constantemente la felicidad, estabilidad, capacidad de adquisición, salud y belleza en los individuos postmodernos, esto no corresponde en todos los casos a la realidad con la que cada uno se tiene que enfrentar y menos aun con los elementos que posee para combatir tales exigencias. Ante esta adversidad, la fortuna que tenía el ciudadano en la modernidad, era que, los que igualmente tenían dificultades para enfrentar los contratiempos de la vida, podían unirse para alcanzar un bien común del cual todos resultaban beneficiados, por el contrario el producto de la postmodernidad es el individuo, aquel que debe “transformar la “identidad” humana de algo “dado” en una “tarea”” (Bauman, 2005, p37), lo que le implica, como actor de la tarea asumir las consecuencias que ello acarree. Se impone la necesidad para el individuo postmoderno de transformarse constantemente en lo que *es*, ya no de orientarse por los marcos de condiciones sociales o identificarse a un ideal, sino en la tarea de “autoidentificación” vivir fiel a su individualidad. (Bauman, 2005).



La individualización es lo que corresponde a los hombres y mujeres de esta época, donde se les exige estar en distintas y permanentes actividades, sin que ello les asegure alguna satisfacción, la idea de haber alcanzado una meta u obtenido un logro, que funcione como señal de haber acabado por fin y poder disfrutar de un descanso. Los super-humanos, como publicitariamente denominan a los individuos postmodernos no tienen tiempo ni para enfermar, si ello se presenta, la responsabilidad toda caerá sobre ellos, pues “se presupone que es porque no han sido lo suficientemente constantes y voluntariosos en su programa de salud;” (Bauman, 2005, p-39) aspecto que los puede dejar fuera de los campos de concentración laboral. Zygmunt Bauman logra describir los atolladeros de los individuos postmodernos, así:

“si no consiguen trabajo, es porque no han sabido aprender las técnicas para pasar las entrevistas con éxito, o porque les ha faltado resolución o porque son, lisa y llanamente, vagos; si se sienten inseguros respecto del horizonte de sus carreras y los atormenta su futuro, es porque no saben ganarse amigos e influencias y han fracasado en el arte de seducir o impresionar a los otros.” (Bauman, 2005, p39)

Se pasa de una sociedad en la que el estatus aseguraba el desarrollo de la vida a una en la que la extensión de la vida depende de “sí mismo y el problema primario pasó a ser la lucha por ser alguien” (Murcia, 2006, p105). Y en esa lucha por ser alguien aparece la preocupación por la imagen, el culto al cuerpo, el cuidado de la salud y la obsesión por la belleza. Elementos que ahora hacen parte del mercado y que otorgan una visión del cuerpo potenciado, bajo el criterio de credibilidad que les otorga la ciencia, pues a cada nuevo producto que asegura la salud o elimina las huellas de la vejez lo soporta el eslogan de “científicamente comprobado”, que elimina la duda sobre su funcionalidad. Esta nueva modalidad del mercado hace aparecer esos cuerpos idealizados “plenos de belleza y perfección, sonrientes y siempre jóvenes- que pululan por los imaginarios

publicitarios y que acaban provocando la desazón ante la constatación de nuestras propias limitaciones e imperfecciones corporales.” (Vilanou, 2000, p12). Malestar que se traduce muchas veces en afecciones orgánicas, de las que la exploración médica no arroja respuesta en su equivalente anatómico, pero que no por ello no constituyen signos para el saber médico. El individuo postmoderno, aquel que siempre sólo ha podido solucionar sus dificultades se encuentra con un malestar puesto en el organismo del que nada sabe y que quizá nada quiera saber, por las mismas condiciones que este tiempo le impone, y es: que no enferme, que cuide de su salud y su cuerpo, pero que si dado el caso falla en alguna de estas tareas, logre remediarlo con rapidez y pueda incorporarse lo más pronto posible a la vida productiva, esa que es suya, pero que se encuentra sometida a las lógicas mercantiles, allí donde lo que importa no es producir como en la modernidad, sino sostener la idea de unidad, mostrar que todo marcha, que no hay falla en esta forma de vivir, que es la idea actual de felicidad en el sostenimiento del consumo.

### **Una postura crítica**

Se ha querido con el desarrollo de este capítulo, señalar con elementos históricos, pero a la vez críticos en lo concerniente a lo psicosomático, dado que ha habido distintos saberes interesados en ello, tal es el caso de la medicina, que bajo las lógicas de la remisión incluye a la Psicología, y por otra parte, lo que desde el Psicoanálisis puede entenderse. Lo psicosomático puede pensarse como una idea transversal en lo que como construcción de la noción de ser humano ha abierto el espacio a distintos argumentos. De ahí que se haya emprendido este estudio por la problemática del dualismo mente-cuerpo, asunto de vital importancia en la filosofía, pues permitía reconocer distintas posturas que pudieran explicar lo que particularizaba al animal-hombre y no dejarlo en una reducida consigna. Pero el paso de las explicaciones metafóricas del mundo y del hombre por las racionales apuntan a un reduccionismo llamado lógico, del que queda una idea

general, homogeneizadora, de la cual se pueda tener un mayor control y con ello un mayor saber. Para tal fin es que se ha impuesto unos criterios que validan el saber como científico y que en distintas disciplinas ha tenido como efecto el desecho del sujeto en aras de objetividad.

La Medicina orientada por los criterios de la ciencia positiva, responde al planteamiento mente-cuerpo, a esa problemática dualista con la noción de psicosomático y así se imprime a la lectura de las enfermedades el carácter holístico, el humano empieza a pensarse como un todo, una unidad en la que influyen caracteres no solo orgánicos, sino psicológicos y sociales; ahora la enfermedad acaba por analizarse desde lo que los cambios orgánicos puedan generar como alteraciones en lo psíquico y de igual manera si se trata de una enfermedad psíquica, la pregunta para el malestar psíquico acaba por formularse en las mismas lógicas que para la enfermedad orgánica, de manera que se intenta saber qué aspectos del padecimiento psíquico pueden terminar manifestándose en el órgano. En este sentido, se reconoce una implicación recíproca entre *psíque* y *soma*, pero con el objetivo de obtener alguna explicación causal al padecimiento que afectando el organismo no daba cuenta de una causalidad en la anatomía, es decir, para que el saber médico en su habilidad de nombrar la enfermedad no quedara en falta. Así si se presenta la enfermedad y para ella el diagnóstico es confuso o no especificado, se recurre a los determinantes biopsicosociales, para que puedan explicar gracias a qué condiciones medio ambientales, sociales, demográficas y psicológicas el individuo ha producido esta manera de enfermar. No tiene valor lo que el sujeto como portador de la enfermedad pueda decir, su saber se encuentra sesgado por ser el cuerpo que padece la enfermedad, y que la perturbación lo acompañe lo ubica en minusvalía para el saber médico. Si algo puede ser tomado de las palabras del enfermo es aquello que cuenta de su historia, su relato sobre cómo se desarrolló y si antes había tenido algún tipo de malestar o si en su familia han enfermado de la misma manera algunos miembros. Ello al modo de recolección

de datos que sirvan de base para el análisis de la enfermedad. Ya no se trata solamente de los estudios de laboratorio, sino que las nuevas manifestaciones del malestar han planteado a la medicina nuevos modelos de análisis. Con ello los estudios sobre el stress, el reflejo condicionado y el aprendizaje hacen su entrada al análisis de la enfermedad.

Siempre queriendo abarcar más en argumentos que justifiquen la enfermedad, en las disciplinas de la salud, Medicina y Psicología se ha desechado al sujeto, su palabra, lo que tiene por decir. No se entienda esto como lo que el sujeto pueda contar de su historia para hallar ahí una causa, sino aquello que singulariza su malestar, que le otorga una posición frente él, que le señala su implicación en el padecimiento y que además le muestra ciertas formas de satisfacción. En el lugar de la palabra del sujeto se ha puesto la nominación diagnóstica, concediendo con ello una respuesta a lo que aún no ha podido ser enunciado para la Medicina y que no alcanza a la intervención psicológica, puesto que el fármaco llega a brindar los mismos o mejores efectos que la práctica psicológica. De hecho, apuntan a lo mismo, clínica psicológica TCC y fármaco quieren recuperar el equilibrio perdido con la enfermedad, lo que no se ha considerado es que el sujeto no se rige por la homeostasis, sino por otro orden que ya no es el del equilibrio sino el de la perturbación, el del síntoma, por la búsqueda de una satisfacción en ese orden.

Entonces, aunque se entienda la enfermedad del lado de las ciencias de la salud (medicina y psicología) como aquello que concierne al individuo y su relación con el mundo, dado que es este último el que procura elementos que moldearán y determinarán su constitución, enfermar para los individuos de esta época tiene que ver con cierta incapacidad para vivir, especialmente para vivir bajo las exigencias que la postmodernidad implanta (capacidad adquisitiva, salud y belleza). De ahí que los actuales padecimientos no se tomen como un llamado de atención, la muestra de

que algo no marcha para el sujeto, sino como efecto de algún agente externo que ha venido a perturbar el equilibrio del individuo. La exigencia es entonces la cura y convocado para cumplir esta función está el médico, que en la observación de la enfermedad puede notar que algo no cumple las reglas para el diagnóstico y por esto ubica el padecimiento en la categoría de simulación, conversión o stress, todos estos bajo la lectura de lo psicosomático, pero en las lógicas de los determinantes individuales.

En este sentido, vale tomar el fenómeno psicosomático como insignia del malestar contemporáneo. Los individuos de esta época, no enferman y si lo hacen el problema no viene a ser el malestar en sí, sino lo que como individuo pierde en esta sociedad de consumo, por ello el pedido al otro, en tanto prójimo, con el que me relaciono no tiene lugar, en este tiempo cada quien resuelve en solitario su queja. Pero sin dejar a un lado lo propio de nuestra época se trata de hacer frente a esa cerrazón individual que solo logra poner de manifiesto aquello que falta, pero de lo que no se quiere hacer saber y se expresa a través de la enfermedad.

### **8 Capítulo 3. El síntoma una solución que compromete.**

Pensar el síntoma como una solución resulta una cuestión un tanto incomprensible, más cuando se toman como sinónimo síntoma y malestar, pero a eso apunta el desarrollo de este capítulo. Se trata aquí de exponer cómo lo que se padece en diversas ocasiones no solo trae consigo sufrimiento, sino que en tal sufrimiento, malestar o enfermedad se envuelve algo de satisfacción. Esto quiere decir que cuando se habla de satisfacción no necesariamente se alude a un bienestar o gozo, sino que el hombre singularizado de los animales por su sujeción al lenguaje, manifiesta otras formas de satisfacción además de las requeridas por la biología, entre ellas satisfacerse en lo malsano, en el dolor, la enfermedad. En este orden tendrán lugar en la exposición de este capítulo los conceptos de organismo y cuerpo para indicar por qué es posible diferenciarlos, explicar qué

comporta cada uno y cuál es su implicación en razón del fenómeno psicósomático. Además de analizar cómo se conceptualiza, aborda y opera el síntoma en la clínica médica, psicológica y psicoanalítica, para finalmente señalar sus diferencias y los efectos que cada práctica tiene en la intervención sobre el síntoma, específicamente sobre aquella afección de signos orgánicos, pero de causación psíquica.

### **81 Sobre la diferencia entre organismo y cuerpo.**

“ese charco que es el lenguaje, implica desde el comienzo una especie de sensibilidad”

(Lacan, 1975, p22)

Cuerpo y organismo pueden ser tomados como sinónimos en la sabiduría cotidiana o en la argumentación médica. En la medicina organismo o cuerpo solo hacen referencia al espacio de trabajo, de intervención, de operación en el que la materia aquí compuesta es posible de ser modificada. Así el organismo o el cuerpo para un médico corresponderá con el lugar en el que habita el objeto de su interés, la enfermedad. Pero cuerpo y organismo pudieran no nombrar el mismo objeto. La definición etimológica da cuenta que cuerpo y organismo designan elementos de características diferentes. Cuerpo del latín *corpus* hace referencia a algún elemento de forma y tamaño establecido posible de ser apreciado por los sentidos, pero también delimita lo formalizado como una obra literaria, sumado a esto no puede obviarse la especificación hecha para el grupo de sistemas orgánicos que constituyen una entidad viva y a la que también es posible llamar cuerpo. Por otra parte, organismo tiene sus raíces latinas en el vocablo *organicus*, el cual especifica aquello que posee condiciones para tener vida, lo orgánico puede ser tomado entonces como lo viviente, de ahí que al interior de este vocablo tenga cabida la vida animal y vegetal además de la humana. Vida que se mantiene por la función que ejerce el órgano, que desde la Grecia antigua tiene el valor de “instrumento, aquello con lo que uno trabaja” (Diccionario médico universidad de

Salamanca, 2016). La funcionalidad orgánica es entonces lo que permite al hombre poseer vida, pero ello no es suficiente, porque al cachorro humano, su organización biológica lo arroja al mundo en una prematuridad que lo pone en desventaja con otras crías de animal. De ahí que dependa de su progenitora más tiempo de lo que necesita cualquier otra especie animal para poder valerse por sí sola.

La organización biológica funciona como ya se había nombrado, como utensilio, como una herramienta, pero para que esto empiece a marchar se necesita otra cosa, por eso los primeros cuidados, el primer alimento resulta fundamental para cualquier especie animal, pero son de vital importancia para el cachorro humano; sobrevivir para la cría del hombre siempre ha estado mediado por un grito, el llanto, un pedido, una demanda, una palabra. Palabras que le ayuden a mantener su vida, palabras que en principio solo son sonido, pero que en la medida en que hay otro que las escucha y que ya posee una idea de lo que las palabras, que se expresan a través de sonidos, poseen como sentido y como tal comportan un significado. El lenguaje es entonces lo que singulariza la vida del hombre. El cuidador que reacciona ante la demanda del cachorro humano puesta en llanto, no sabe con certeza qué es lo que le acontece a ese organismo, puede que necesite alimento, descanso o limpieza y mientras logra descifrarlo, para calmar el llanto le da palabras a ese pequeño hombre con las que cree podrá cesar su molestia. Lo que vale la pena resaltar es que a este organismo que pide saciar alguna necesidad biológica no le son indiferentes las palabras, que aunque no respondan a su necesidad logran apaciguar y posponer un poco la satisfacción. Con esto se inaugura una nueva forma de satisfacción que va más allá del organismo, sin prescindir de él. Es que a partir del encuentro del organismo del humano con la palabra, de la satisfacción de una necesidad biológica vía el lenguaje, es que el hombre ingresa en un orden en donde el lenguaje le permite tener algo del otro, algo que muchas veces favorecerá su desarrollo biológico, le dará

posibilidades de vivir, pero más aún le permitirá establecer un vínculo con ese otro, donde lo relacional no esté mediado por un simple cambio de bienes, o cuidados a otro que lo necesita, si no por algo más, algo que no se encuentra en las lógicas de lo instintivo y que más bien va más allá de los límites que impone la organización biológica para el hombre. El pequeño hombre entonces va queriendo más de esa nueva satisfacción, de esa palabra que logra incidir sobre el organismo y que empieza a otorgarle un cuerpo. En este orden “uno de los efectos del lenguaje sobre el organismo para que devenga en cuerpo es que lo unifica, hace una unidad de todas las partes separadas de un organismo” (Stiglitz, 2016).

Pero por qué se habla aquí de otorgarle un cuerpo diferente del organismo, de otorgarle un cuerpo al hombre y más aún a través de la palabra. Esta es la propuesta del Psicoanálisis, donde el cuerpo se diferencia del organismo, donde el cuerpo comporta una construcción y ello no excluye la organización biológica dada al hombre. Pero “De entrada, y también aquí sobre una base que sería biológica, el sujeto se encuentra afectado de dos cuerpos discordantes. En un estatuto real, el organismo, diferenciado del cuerpo propiamente dicho, su imagen” (Miller, 2002, p42). El cuerpo es lo que empieza a formarse de la afección que deja la palabra en la carne. La biología empieza a alterarse por la palabra, y esto no quiere decir que deje de existir la regulación propia del organismo, pero la incidencia que ejerce la palabra sobre el organismo inaugura una relación diferente, para la especie humana, con la regulación fisicoquímica y con ello nuevas formas de satisfacción, además de las que necesita lo orgánico.

La idea de algo más allá del organismo, es decir de un cuerpo como representación es lo que Freud descubre gracias a las afecciones de las histéricas, para ellas las explicaciones anatómicas no tenían ningún efecto resolutivo y duradero, pues su malestar aunque de incidencia orgánica no respondía a una etiología de este orden. Se trataría para la histérica de una afección en



el cuerpo, cuerpo entendido como representación, es decir como imagen o idea que sustituye la realidad, pues del cuerpo “se necesita cierta representación porque no se sabe exactamente dónde está” (Miller, 1995, p380).

El cuerpo del hombre, eso que se diferencia del organismo pero que no hace de él una negación, corre por cuenta de los acontecimientos que tuvieron lugar en ese cuerpo. Acontecimientos que no son más que discursivos, hechos de palabra y que en su eventualidad dejaron marcas en el cuerpo, huellas que empiezan a bordear, contornear lo que constituirá ese cuerpo. Y si se habla del cuerpo como construcción en el psicoanálisis es porque para el sujeto eso que ha edificado y que lo representa se encuentra en las lógicas del tener, “el cuerpo es el tener del sujeto, es decir, no es su ser” (Miller, 2002, p38). El cuerpo para el sujeto es una construcción que habrá de sostener, no es parte de su naturaleza y menos aún permanece invariable, inalterable.

Las marcas que quedan en el cuerpo son hechas de palabras y tienen un efecto, efecto sobre el equilibrio, la tranquilidad, la homeostasis orgánica, el orden que la biología mantiene, pues ya no se trata de la regulación como principio o guía, tal como se piensa desde la medicina, sino de la perturbación, de la afección como otro orden orientador para el sujeto, con esto “El efecto de afecto incluye, asimismo, el efecto de síntoma” (Miller, 2002, p79). Así pues tiene lugar *el síntoma como acontecimiento del cuerpo*<sup>3</sup>, es decir como aquello que se manifiesta a través del síntoma de esas marcas, esas huellas discursivas que incidieron sobre el cuerpo, que permitieron su construcción, pero que bajo esa misma organización afectaron. Se trata de la lengua como acontecimiento que afecta fundamentalmente el cuerpo y que en su función es causa de goce, de

---

<sup>3</sup> Este es la hipótesis de Miller, en su curso biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo, aspectos que fueron discutidos en el semillero “Sujeto y Psicoanálisis” y que dieron lugar al segundo coloquio de introducción al Psicoanálisis “Palabras que dejan marca en el cuerpo: el síntoma”, llevado a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en donde una parte de este trabajo se formalizó como ponencia.

una satisfacción en el displacer, algo “diagonal, mal ubicado” (Miller, 1995, p388). De ahí la dificultad por parte del médico para darle un valor desde su saber al síntoma, más aún a aquel que aunque se expresa en lo orgánico la causa no se halla en este orden, pues está orientado por lo que la biología le ha enseñado a la medicina del funcionamiento orgánico y tal saber no alcanza para dar explicación a dichas afecciones; más bien la manifestación del síntoma es una muestra, como lo expone el psicoanálisis, de la no identificación del “hombre con su cuerpo” (Miller, 2002, p76), de la extrañeza que refiere el sujeto por su malestar, pero al que no puede obviar y menos negar, porque su padecimiento no es una actuación.

De manera que pensar el síntoma como acontecimiento del cuerpo invita a hablar de lo que el sujeto lleva en sí como “el gusano de la causa que lo hiende” (Lacan, 1964, p814), es decir la palabra, esa afección que traza nuevas formas de la satisfacción para el organismo humano y que lo enfrenta, no solamente a la búsqueda de satisfacción biológica, sino a la búsqueda de otro tipo de satisfacción para lograr sustituir lo que a cada uno le queda (en falta) del acontecimiento fundamental.

## **82 De la primacía del signo a la enunciación del síntoma.**

Es la semiología la ciencia de los signos y su extensión argumentativa va de la lingüística a la medicina. Pero estos dos saberes tienen nociones y prácticas distintas en razón del signo. Los médicos por su parte “hablan casi exclusivamente de semiología, mientras que los lingüistas hablan indiferentemente de semiología y de semiótica (como lo hacían los antiguos médicos)” (Clavreul, 1983, p228). Lo que puede llegar a delimitar estas dos prácticas en las que participa un mismo objeto, el signo, es lo que desde la medicina se postula para el síntoma. El síntoma para el saber médico es descrito por Foucault como “la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad” (Foucault, 1997, p131), transcripción posible gracias al decir del enfermo. El

reporte del enfermo, lo que sus palabras le permiten nombrar del padecimiento resulta la primera manifestación de la enfermedad, al menos para el médico. Pero el conocimiento del enfermo no siendo el mismo del médico ubica en otro orden la conceptualización de la enfermedad. El enfermo intenta describir lo que siente y para ello utiliza la palabra que en su valor metafórico intenta expresar algo de la realidad mórbida. De ahí que cuando el médico vaya a corroborar en el organismo tales manifestaciones lo único que le quede sea un disgusto, porque puede creer que el enfermo le está mintiendo. La problemática antes descrita se resuelve en la práctica médica gracias a que se identifica lo verbalizado por el paciente como su versión de la enfermedad, lo que subjetivamente puede indicar como molestia, su percepción del padecimiento; la única manera que tiene el médico para comprobar el decir del enfermo es ubicar sus palabras en correspondencia con los signos, lo cuales son susceptibles de ser corroborados, mostrarse como una alteración en la anatomía o biología del hombre. Con esto el signo en medicina anuncia, se presenta como evidencia, “diagnostica lo que se desarrolla actualmente” (Foucault, 1997, p132). Y a la vez funciona como abono para la formalización del método clínico, pues es en el campo de los signos y los síntomas donde la mirada del médico se ejecuta en todo su fulgor.

De manera que el síntoma en la clínica, solo tiene valor en la medida que presenta la enfermedad al médico, pero lo que dará soporte a este decir será el signo, por su carácter objetivo, corroborarle en la materia orgánica. En este orden para la clínica médica empieza a primar el signo por sobre el síntoma por sus características antes descritas. Para el saber médico el síntoma va perdiendo su función de señal, de indicador y solo comporta un estatuto de aparición de la enfermedad. Por su parte el signo sitúa una realidad física, ubicable en un espacio y dispuesta para la percepción. Al parecer emerge una marcada diferencia para la medicina entre signo y síntoma y “que no adquiere su valor sino sobre el fondo de una identidad esencial: el signo es el síntoma

mismo, pero en su verdad de origen” (Foucault, 1997, p137). Así con la verificación real que muestra el signo, se pasa en el saber médico del arte de curar a la ciencia de curar, pues ahora con la percepción de cada elemento mórbido, nace el registro de la enfermedad como acontecimiento, y la importancia dada a esto es lo que permite la impresión de todo aquello que mostrara semejanza con la enfermedad para posteriormente afirmar la existencia del hecho patológico. A causa de ello “ya no se trata del individuo enfermo sino del hecho patológico indefinidamente reproducible” (Foucault, 1997, p141).

En la clínica el saber médico ya no se guiará por lo que configuraba el signo en las lógicas del lenguaje, es decir en su función de presencia o demostración, sino por lo que la proporción del número de casos examinados da como justificación sobre la enfermedad. Al funcionario médico ya no lo soporta su saber, más prestigio le da el “número de casos sobre los cuales haya llevado su examen” (Foucault, 1997, p147). Con este fin, el médico se aferrará más a la mirada, por ser ella la que recoge con fidelidad lo objetivo de la afección puesta en el organismo; con la mirada como herramienta fundamental en su práctica el médico “descubre ilusorias relaciones y hace hablar a lo que es inaccesible a los sentidos” (Foucault, 1997, p-155).

Hasta aquí el análisis y descripción de lo que para la práctica médica va ser su clínica, clínica del signo, por ser el que permite obtener el registro de la patología y con ello un acervo en términos de proporción numérica de las características y evolución de la enfermedad, lo que no puede ubicarse como explicación de lo mórbido sino como justificación basada en el recuento.

Habrá que mencionar, además de la Medicina y la Lingüística, al Psicoanálisis como otro saber que postula sus anotaciones sobre el signo, pero a su vez asume una nueva dimensión del síntoma. No muy lejos de la elaboración hecha por la Lingüística, para el Psicoanálisis y específicamente con Jacques Lacan, el signo, argumenta este autor estará relacionado con una

presencia, algo en donde poder manifestarse y que funciona en la medida en la que alguien lo ponga en ejecución. Aquí no se pierde de vista que “Los signos son plurivalentes: representan sin duda algo para alguien: pero de ese alguien el estatuto es incierto” (Lacan, 1964, p819), es decir el valor variado del signo siempre va depender de a quien se presente como representación, pues será él quien le designe una validez. En contraste con esto el síntoma tiene en el campo del Psicoanálisis la dimensión de una “manifestación concreta que ha de apreciarse “clínicamente” donde se revela no un defecto de representación, sino una verdad de otra referencia que aquello, representación o no, cuyo bello orden viene a turbar” (Lacan, 1984, p224), se trata de la enunciación del síntoma, no en el sentido del error, tal como lo entiende la Medicina, sino de un hecho de palabras que revela en sí una verdad en la falla de un saber, y al hablar de falla de un saber se convoca a quien es el poseedor del saber sobre la enfermedad, el sujeto. Tal falla de su saber no indica una falsedad sino más bien algo que falta para la articulación que requiere su verdad.

De ahí que en la clínica psicoanalítica el signo no tenga primacía por sobre el síntoma, como en la clínica médica, sino que lo que adquiera valor para esta práctica sea la enunciación del síntoma, pues se reconoce en la inexactitud de su decir “una borrosidad por representar alguna irrupción de verdad” (Lacan, 1984, p224). Velo sobre la verdad acerca de lo que para siempre se ha perdido, aquello siempre en falta para el sujeto, pero con lo que tendrá que lidiar. El síntoma entonces puede ser un llamado al sujeto, un volver a preguntarse por esa falla que lo ha estructurado. Y en tanto pregunta, el síntoma comporta cierta problemática, de ahí que se perciba molesto y que se piense que eliminándolo se hallará la solución. Proceder desde la lógica médica con el síntoma no valdrá para la supresión del malestar, porque como ya se ha dicho tal molestia proviene de lo estructural en el sujeto, es decir se trata de algo íntimo aunque se perciba como

extraño. La extrañeza tiene lugar en la medida en que esa falta que constituye al sujeto se hace inadmisibile y el sujeto la resuelve parcialmente obviándola, haciendo un entramado entre la negación de esa falta y su vida. Es por esto que el síntoma se presenta como el sustituto de algo que no va y que empuja por valerse de un sentido, por obtener algo de saber, saber que le permita hacer con ese malestar.

Freud es el que adjudica a los síntomas un sentido, sentido que “es por regla general inconsciente” (Freud, 1916, p255) y por el que la enfermedad se presenta bajo la idea de ignorancia, ignorancia por la causalidad del padecimiento, pero que se relaciona con un no saber acerca de unos procesos anímicos interrumpido que limitan resolver el malestar. Esto en razón de los síntomas psíquicos, que se presentan como actos nocivos e inútiles para la vida del sujeto, de los que con frecuencia “se queja de que los realiza contra su voluntad, y conlleva displacer o sufrimiento” (Freud, 1916b, p326). Así mismo para aquellos síntomas de implicación orgánica y de causación psíquica, para los que la ignorancia la soporta la lesión puesta en el órgano, pues aunque su malestar le sea insoportable y nada productivo, la solución se halla en la modificación sobre el organismo. Y cuando habiéndose operado sobre la biología el malestar insiste, el sujeto puede tomar esto como un asunto incierto aunque molesto, con el que habrá que cargar el resto de la vida, asumiendo la enfermedad con resignación. Ahí es cuando la posibilidad que ofrece el síntoma para una elaboración sobre la verdad que él posee y que permitirá restar algo de malestar queda desechada. Pues el síntoma implica un compromiso, al menos el síntoma que tiene cabida en el psicoanálisis, pues al ser un portador de sentido así ello no sea del saber de quien lo padece, a diferencia de la medicina, psiquiatría y psicología que objetivan y cierran el síntoma en una nomenclatura, “el psicoanálisis, lo interroga, lo hace hablar” (Rubistein, 1996, p13).

El síntoma aunque se soporte en la extrañeza y en la lesión orgánica, se inclinará por una operación, no del tipo eliminación, silenciamiento o supresión, como es propio de las disciplinas de la salud, sino por una en la que tenga un valor su enunciación, a la que se interrogará para indicar algo del sentido que ese padecimiento sostiene. Sin olvidar que “el síntoma es el texto en el que se inscribe, de un modo disfrazado, lo que no cesa de buscar expresión” (Rubistein, 1996, p15), expresión de una verdad, a la cual el sujeto intenta rehuir, porque hacerse cargo de ella implica un costo alto. En este orden, el síntoma, el de interés para el Psicoanálisis, comporta una apuesta, el síntoma que aquí se pone en cuestión “no es un signo médico, no se reduce al síntoma orgánico, sino que tiene una articulación simbólica” (Tendlarz, 1996, p78), lo que direcciona su tratamiento en otras lógicas, las de elaboración, construcción, otra forma de decir la verdad sujeta al síntoma.

### **83 Del fenómeno psicossomático a la elaboración del síntoma.**

“para el hombre de esta sociedad, los cambios tienden a asumir la connotación de lo estresante o lo nefasto para el sujeto” (Ruiz, 2010, p34) y por ello puede llegar enfermar o presentar signos de alguna enfermedad como lo entiende el saber médico y como se explicó en el anterior apartado. Signos que demuestran una afección en el órgano, es decir, se puede encontrar lacerado el estómago, evidenciar una falla en los canales digestivos o reconocer algo en las vías respiratorias que las obstruye, pero son signos para los cuales la respuesta a su causa no se encuentra ni en la anatomía, ni en la química orgánica. El padecimiento es ubicado entonces por el médico, psicólogo o psiquiatra dentro de las categorías diagnósticas determinadas por el DSM como “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” entre los que se incluyen el “Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)” y “Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados”, lo que no da ninguna explicación, pero sí

al menos para el profesional de las ciencias de la salud señala el tipo de intervención a llevar. Lo que llama la atención del tratamiento indicado para este padecimiento es que el funcionario de la salud propone para la mejoría del enfermo cambios en su ambiente, empezando por su alimentación y actividad física, hasta el manejo de sus vínculos, acompañado de algún medicamento, lo que no quiere decir que este mal o que no tengan algún efecto, solo que esto no da lugar para acoger la dimensión subjetiva, lo inconsciente. Pero el malestar insiste y aunque se haya modificación el ambiente o seguido la ingesta del medicamento recetado no se halla la solución; pero la pregunta por si lo que se presenta como malestar más bien tiene que ver con algo de carácter psíquico no tiene lugar, porque el signo de afección orgánica limita el padecer a este campo, al menos así para quien soporta el malestar, pues el médico reconoce que dentro de su saber la operación en el órgano no tiene lugar pues no encuentra qué lo justifique.

En este orden el malestar de las características antes descritas se halla en las lógicas del fenómeno psicosomático, como lo entiende el psicoanálisis, pero ¿qué quiere decir esto? que se trata de algo que sucede “como si estuviera escrito en el cuerpo, algo que es dado como un enigma” (Lacan, 1975, p36); Cuerpo formalizado desde la postura psicoanalítica, tal como se explicó anteriormente, como representación, construido por acontecimientos de lenguaje. Incidencia del lenguaje que da cuerpo al sujeto y le muestra otras formas de satisfacción, pero que a su vez las regula, porque la palabra ingresa en el orden simbólico al sujeto, en la norma, así entonces la palabra es una invitación al goce del cuerpo, pero también es regulación del mismo.

Lo paradójico del fenómeno psicosomático es que su relación con el lenguaje es en tanto logra esquivarla y con ello esquivo la relación con el Otro, no logra hacerse a Otro que posibilite la regulación del goce, por ello “La incorporación de la estructura del lenguaje al cuerpo, tiene un efecto preciso y se trata de la separación del cuerpo y el goce” (Miller, 1994, p178), separación



que permite al sujeto no cerrarse en la satisfacción propia, sino ir a buscar en otra parte ese goce separado. Esa es la división que inaugura la palabra en su encuentro con la carne y que hace cuerpo, enseña otra satisfacción, pero también la pone fuera del cuerpo, para darle otras opciones de satisfacción al sujeto, aunque sea ésta la falta por la que sufre el ser hablante y donde puede emerger el síntoma; en razón de una demanda, un pedido de atención, un llamado al Otro. Asunto contrario al fenómeno psicossomático donde “opera un esquivamiento del Otro” (Miller, 1994, p174), por ello no se logra formalizar una demanda a partir del malestar como con el síntoma, pues si con el fenómeno psicossomático se pudiera hablar de incorporación no sería de la estructura del lenguaje “sino de un significante, y en la forma de una cierta *imprimatur*, de una cierta fijación” (Miller, 1994, p178). Fijación del significante<sup>4</sup> que sostiene el esquivamiento del Otro, propia del fenómeno psicossomático, porque de manera precisa lo que se esquivo es “al Otro del significante” (Miller, 1994, p179) y en esta organización donde la incidencia del lenguaje se ha esquivado no hay lugar para poner el Otro en cuestión. Si esto llegase a tener cabida el Otro puesto en cuestión, no sería el otro con el que establezco relación sino Otro que es “el cuerpo propio” (Miller, 1994, p179). De manera que aquí el cuerpo como Otro está presto a escribir lo que tuvo lugar como acontecimiento traumático, a trazar una marca de aquel hecho palabrero que ha afectado de forma ambigua (Miller, 1994).

En este orden de ideas, para el fenómeno psicossomático no se trata de un goce separado del cuerpo como efecto de los acontecimientos de discurso sino de “un goce que retorna al cuerpo” (Miller, 1994, p178) y es en esta vía que el cuerpo se deja llevar a escribir algo que está bajo el ordenamiento del número, de lo signado, lo firmado. Se trata de una marca sin igual que no ha

---

<sup>4</sup> “El significante, al revés del signo, no es lo que representa algo para alguien, es lo que representa precisamente al sujeto para otro significante” (Lacan, 1961- 1962, p-35)

encontrado la manera de articularse en la cadena significativa que permita hacer su lectura, está ahí para ser leída, pero no sé sabe de qué manera. Con lo que se jugaría aquí es a “hacer del cuerpo un sujeto de la frase, como cuando hablamos del Otro.” (Miller, 1994, p179). Para lograr traducir en elaboración sintomática esta afección.

Ahora bien, ¿qué trae como implicación la elaboración de un síntoma? ello invita al individuo abandonado al padecimiento orgánico a la formalización de un síntoma que le permita relacionarse con el Otro, emerger como sujeto, hacerse cargo de la división subjetiva, esa abolida en el fenómeno psicósomático, a salir de la cerrada satisfacción, de esa libido “que se vuelve “corporificada” (Miller, 1994, p181) para enfrentarse con la búsqueda constante de satisfacción.

En esta medida ir del fenómeno psicósomático a la elaboración del síntoma implica buscar en la satisfacción detenida, fija, congelada en el cuerpo, el principio causal del detenimiento, “Pues en este asunto el inconsciente no puede servir más que para transformar el fenómeno psicósomático en síntoma, obrando de tal modo que el otro en cuestión ya no sea ahí solamente el cuerpo propio” (Miller, 1994, p181). Pues en el fenómeno psicósomático se presenta un malestar que no comporta una discordia para quien lo padece, discordia en la medida que no le interroga por él como sujeto que sostiene dicho malestar, más bien el conflicto se hallaría en el obstáculo que el padecimiento impone para el desarrollo normal de las actividades diarias, laborales, productivas. Es por ello que el fenómeno psicósomático en tanto se presenta como signo de enfermedad en el organismo evita poner en cuestión la satisfacción que aquí se sostiene, por tratarse de una satisfacción que vuelve sobre sí, lógica ésta distinta “donde el síntoma es hablado” (Miller, 1989, p6), donde poner en palabra resta algo del goce que está sujeto al malestar. Pues el síntoma al ser una formación del inconsciente, que como expresa Lacan “tiene estructura de lenguaje”, se halla bajo ese mismo ordenamiento, presentándose como sustitución metafórica del acontecimiento fundamental, es

decir de la incorporación del lenguaje que dejó como efecto, marcas de afecto que están abiertas a modificarse debido “a la emergencia de efectos de verdad” (Miller, 1994, p173), verdad subjetiva.

De manera que el síntoma se presenta como solución singular, para arreglárselas con el goce puesto en el cuerpo que mortifica el vivir, pero que trabaja en silencio, desde la egosintonía, desde la incertidumbre del no saber, para hacer que las cosas marchen al ritmo que impone la época. Por eso aunque el malestar sea muestra de desadaptación a los ojos de la medicina, psicología y psiquiatría, que guiados por el DSM ven en éste un disorder, es decir otro orden que no es el ideal y al que habrá que adaptar de nuevo al sujeto, no hay que perder de vista que “la política del síntoma, va de los síntomas sociales, al síntoma del sujeto” (Giraldo, 2010, p29), es decir, que aunque se trate de una afección que se manifiesta en una colectividad, para cada uno su padecer es diferente, se ha instaurado de manera distinta, tiene otro sentido y se juega otras formas de satisfacción.

“para nosotros se trata entonces de mostrar por qué razón la respuesta psicosomática merecería llegar a ser una pregunta sobre el deseo” (Miller, 1994, p181) una pregunta dirigida al síntoma, que permita poner a hablar al sujeto que soporta el malestar, no quedarse más en la cerrada impotencia de la individualidad, contar la historia que se ha tejido. Y lo explicado anteriormente no hace referencia a hacer una anamnesis, no se trata de simple información demográfica, económica o sociocultural, sino de hacer emerger la palabra plena, aquella que nombra la verdad del síntoma, verdad “que se constituye retroactivamente” (Tendlarz, 1996, p82) y con la que el sujeto habrá de comprometerse para soportar todo lo que ello implica. Pero tal elaboración del síntoma tendría lugar si se va más allá de lo que el fenómeno psicosomático muestra como lesión orgánica, porque hasta ahí tal signo puede ser abordado por el saber médico, en este orden vale la pena distinguir el síntoma médico del síntoma analítico.

#### 84 Síntoma médico vs Síntoma analítico.

“el síntoma deviene así herramienta, instrumento del que nos valemos  
en la operación misma que lo trata”

(Schejtman, 2004, p60)

El síntoma aunque sea reconocido como una alteración, desorden o desadaptación por las disciplinas de la salud permite al sujeto inventarse “un nuevo lazo con el Otro.” (Ruiz, 2010, p-42). Al menos así se ha llegado a formalizar en el psicoanálisis, pero en la medicina y de igual manera en la psicología es un elemento constitutivo de su discurso la armonía, la consonancia, la homeostasis, el equilibrio, la adaptación y en este saber “el síntoma aparece como lo que perturba esa armonía” (Miller, 1989, p1). Pero para los sujetos de esta época, donde la salud se ha ubicado como un producto del mercado, el síntoma es puesto en la categoría de pérdida, pérdida de tiempo y dinero. De ahí la manifestación de las nuevas formas de malestar, donde la salud o más bien el equilibrio, la homeostasis pueda ser recuperada gracias a la ingesta de un medicamento, así el padecimiento comporte una implicación psíquica o sea netamente de este carácter, pues la generalización del malestar psíquico en lo biológico no permite preguntar, poner en cuestión la causa de ese padecer, por tanto el saber está en el otro, otro que no posee explicación pero sí una intervención sobre el organismo. Y ello no basta para restar la afección, porque lo que no sabe el médico es que el síntoma comporta un carácter de satisfacción, con sentido o no para quien es el que soporta el malestar, pero al fin satisfacción. Satisfacción que como ya se ha dicho puede estar sujeta al displacer. Por esto el síntoma que reconoce el médico nunca va a hacer el mismo síntoma que se trabaja en un análisis. Síntoma médico y síntoma analítico, se distinguen no solo por pertenecer a dos saberes diferente, sino porque cada práctica trabaja bajo lógicas que no logran coincidir.

El síntoma que se recibe en la clínica médica es el que le permite conocer la enfermedad al médico, pues es el enfermo quien pone en palabras las molestias que ha padecido, pero este reporte no cobra valor para el médico hasta que no se tengan signos que se puedan observar en el organismo, como manifestación de lo expresado por el enfermo como enfermedad. Y ¿qué hace el médico o el terapeuta con esta perturbación? Hará “que la cosa funcione, que la cosa ande al nivel del individuo que se le presenta” (Miller, 2007, p15), es decir intentará eliminar el síntoma para reestablecer el equilibrio perdido, restaurar la unidad quebrantada en el individuo.

Por otra parte, el síntoma analítico o más aún para que este se formalice es preciso que el sujeto lo diga y su articulación no es ya con una supuesta armonía “sino con una referencia de otro orden, que sin embargo podemos considerar completamente contraria” (Miller, 1989, p1), más cercana a lo disarmónico, que desde el psicoanálisis podría consignarse específicamente con “la castración” (Miller, 1989, p1). La ruptura que queda como efecto del encuentro del lenguaje con la biología. Con esta idea en el Psicoanálisis, en el relato del infortunio, del malestar que procura el síntoma, no solamente se escucha un padecimiento, sino también una solución al malestar inaugural del sujeto, reconociendo que “el síntoma se satisface ahí mismo donde se lo presenta como doloroso” (Miller, 1989, p5). En esta medida el síntoma analítico tiene una característica: “solo puede ser atrapado con la oreja... oreja de aquel que la dispone para escuchar lo que el síntoma tiene para decir, esto es, un psicoanalista” (Schejtman, 2004, p61). Lo que aclara que el síntoma para el psicoanálisis es en tanto es capaz de padecer de ser escuchado, dado que comporta un mensaje, que quien lo padece nada quiere saber y ello porque está relacionado con algo muy propio, su verdad, así entonces cuando el sujeto habla de su síntoma en el dispositivo analítico también tiene lugar su escucha y puede no resultar tan grato escucharse su verdad.

Para el psicoanálisis se trata sin duda “de una clínica que privilegia la escucha” (Schejtman, 2004, p61), opuesto a la clínica médica, la cual privilegia la mirada, por eso ahí los síntomas no tienen valor y la relación con la enfermedad, se establece en cuanto es posible demostrarla a través de los signos. Y ¿cuál es el fundamento del privilegio de la escucha en la clínica psicoanalítica? Esto viene desde los inicios del psicoanálisis, cuando Freud reconoce el material del que están hechas las formaciones del inconsciente, entre ellas el síntoma, están hechas de lenguaje. Esto es lo que enseña la clínica analítica donde “el paciente, a propósito de su síntoma, habla y habla mucho. Digo que habla de su síntoma, en singular, en razón de su formalización al empezar el análisis. Y habla para lamentarse de él. Es la razón por la que se analiza” (Miller, 2007, p18). Es así como en el trabajo analítico se apunta a incidir sobre lo que envuelve el síntoma de satisfacción, puntuar algo del goce que se sostiene en el malestar, o en palabras de Miller, “llevar el síntoma al límite donde se vuelve agudeza, que es cálculo” (Miller, 1989, p7), precisión que servirá para que se alce como creación una palabra que nombre aquello por lo que se padece pero que no se quiere soltar. Sin embargo, al dirigir la mirada a las clínicas del lado de las ciencias de la salud es posible corroborar que éstas llegan hasta la egosintonía del síntoma, la enfermedad, es decir, hasta cuando ya el individuo se ha relacionado tanto con su síntoma que no resulta molesto, sino que más bien el padecer empieza a ser parte de la vida, toma lugar dentro de la personalidad y la conformidad, con él obturará un lugar para la pregunta por este malestar. Esto es lo que revela el padecimiento del fenómeno psicosomático en los individuos del tiempo postmoderno, donde la consigna “Time is money” relega a la falta de productividad y beneficio al síntoma, sin darle lugar a la operación del síntoma, trabajar con él, para que algo de lo embarazoso que el síntoma sostiene, logre restarse.

De manera que poner a operar el síntoma y escuchar lo que él tiene por decir en el Psicoanálisis comporta un compromiso por parte del sujeto, pues esta clínica no le ofrecerá para su salida del malestar una eliminación o supresión del síntoma, como lo oferta la Psicología, Medicina y Psiquiatría. Sino que al hablar el sujeto logra saber algo del quiebre, de lo que ya no funciona más o no va en su vida, para tomar una posición frente a eso, para ya no estar más al servicio del goce o ser alguien “trabajado por el inconsciente, sino trabajador” (Schejtman, 2004, p89); trabajo que de seguro no le servirá a otro sujeto, porque en análisis se trata de aprender a trabajar sobre eso que no tiene su valor formativo o de instrucción, este es un trabajo para cada uno, pero con el otro, aquí no se promueve la individualidad, más aún se reconoce en la escisión propia lo que permite a cada quien como sujeto hacer vínculo con el otro. En este orden de ideas ya sea que se quiera la curación, la formación o el sondeo “el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente” (Lacan, 1953, p237), palabra que le permite al sujeto, sujeto que pone en la operación analítica su síntoma, un más de vida, una solución, algo de bienestar.

Entonces al enfrentar el síntoma médico con el síntoma analítico se halla que la diferencia en el trabajo con este consiste en que de un lado, el del médico o también el psicólogo, se piensa en suprimir el síntoma para retornar a la normalidad, al equilibrio, a la adaptación a este sujeto fuera de norma, y del lado del psicoanálisis, desde su clínica, se trata de un sujeto que “hace de la identificación con el síntoma un “saber-hacer-ahí” cada vez, en la contingencia con lo real” (Schejtman, 2004, p93), en el encuentro angustiante que devela la división constitutiva, para la que habrá que inventarse algo que le permita sostenerse en el compromiso de la vida ante la insistencia de esa satisfacción mortífera.

### **Una postura crítica.**

Se quiere con lo desarrollado en el capítulo ingresar al análisis de esta investigación la noción de síntoma para indicar su relación de compromiso en razón del fenómeno psicosomático. Para esto se tiene en cuenta lo que la medicina por su parte ha formalizado de la noción de síntoma y que bajo esa misma orientación la psicología ha tomado para su práctica, a la vez que se expone la elaboración del psicoanálisis acerca del concepto en cuestión. Es por esto que tiene lugar la diferenciación entre organismo y cuerpo, dado que cada uno dentro de la disciplina en la que participa tiene una definición y uso en la práctica que las distingue no solo por su quehacer sino por los efectos que tienen.

Para la medicina organismo y cuerpo pueden indicar lo mismo, el lugar donde habita la enfermedad, pero se trata específicamente de un grupo de herramientas que permiten al cachorro humano vivir. Vivir pero no sobrevivir, porque la organización biológica humana en comparación con la de otros animales es la que arroja al mundo a su cría con más inmadurez. Es así como el cachorro humano necesita de otro que le ayude a sobre vivir y para esto se vale del llanto, al menos en principio, para comunicar querer saciar alguna necesidad, pedir aquello que le falta, alimento, descanso o limpieza. Demanda de vida formalizada a través de una palabra, grito o llanto que para el pequeño hombre hasta ahora son sonidos. La palabra le permite a la cría del hombre asegurarse la vida, pues con ella atraerá a otro de su especie que le procure la satisfacción necesaria; lo que tiene esto de especial es que quien va a intentar satisfacer la necesidad de esa biología lo hará a través de palabras y para sorpresa del organismo que llora tales palabras tiene efecto, logran apaciguar al menos por un momento el pedido de satisfacción.

La particularidad del hombre es que tiene el lenguaje como herramienta de vida, con él sabe que puede obtener lo que necesita su organismo para funcionar, pero también identifica que



puede obtener más, más para satisfacer la biología o más de otra cosa que también ha notado le procura satisfacción, palabras. Con las palabras es que el hombre se hace a un cuerpo, lo construye, pues de su anatomo-biología sabe por partes, así entonces el lenguaje tiene el efecto de procurar unidad a las partes separadas de su organismo, con lo que se constituye el cuerpo. De manera que el hombre tiene cuerpo por efecto del lenguaje, con el cual también logra obtener satisfacción, satisfacción no solo orgánica; este es el aporte del psicoanálisis. Con el lenguaje el cuerpo empieza a tomar estructura, pero esas incidencias del lenguaje sobre el cuerpo afectan, alteran, marcan otro orden. Orden que ya no se rige por lo designado por la biología, sino que se orienta por la perturbación que el lenguaje ha inaugurado, ante lo que se presenta el síntoma como una solución a la perturbación como dirección.

Lo anterior pone de manifiesto la diferencia entre lo que entiende la medicina por síntoma y lo que comporta para el psicoanálisis. Donde el médico ve enfermedad el psicoanalista escucha un malestar. Pero para que el médico pueda corroborar la presencia de enfermedad en el organismo necesita de algo más preciso que el síntoma, el cual proviene de los dichos del enfermo y aunque sea en principio la indicación de alteración, trastorno o desequilibrio orgánico, por esto pone por encima del síntoma al signo como señal objetiva, posible de ser captada por los sentidos y de corroborarse en el organismo. El síntoma para el médico adquiere validez en la medida que el signo comprueba con efectividad lo enunciado en el síntoma. Por otra parte el síntoma para el psicoanálisis tiene valor en tanto enunciación; es decir, en cuanto es puesto en palabras por un sujeto. Síntoma no equivale en el psicoanálisis a desorden, más bien tiene que ver con una manifestación que revela, desde otra perspectiva una verdad para el sujeto, verdad que empuja por ser nombrada. En este sentido es que el síntoma puede ubicarse como un llamado al sujeto, un llamado a responder por esa verdad y bajo esta lógica es que no se piensa en encerrarlo en una

nomenclatura para después eliminarlo o suprimirlo, como en la clínica médica o psicológica, sino que se le interroga, para otorgarle un espacio en dónde producir con palabras un efecto de verdad. A esto es a lo que se apunta cuando desde el psicoanálisis se intenta dirigir el fenómeno psicosomático a la elaboración del síntoma.

El fenómeno psicosomático con su característica de afectar el organismo, se presenta en primera instancia al médico, el cual en su acercamiento a lo que él percibe como enfermedad recetará algún fármaco, elemento que puede funcionar por un tiempo, porque en el momento en que se presente algo de carácter angustiante para quien padece el malestar este se agudizará y no valdrá medicamento que procure bienestar, ahí es cuando el médico se encuentra ante el vacío causal de la enfermedad y la única salida que halla a esta paradoja, es hacer concordar la manifestación particular de la enfermedad con categorías diagnósticas de tipo psiquiátrico o psicológico. Clasificación que no otorga ningún tipo de explicación, pero que al menos justifica un tratamiento, intervención dirigida a producir cambios en el ambiente del enfermo creyendo que con la modificación ambiental desaparecerá el malestar. Lo que no reconoce la psicología, la psiquiatría y tampoco la medicina, es que algo de satisfacción se soporta en el malestar. Algo de este orden es lo que sucede en el fenómeno psicosomático, hay un retorno del goce al cuerpo, que se fija haciendo marca en él y afectándolo de manera tal, que llega hasta la afección orgánica. Marcas en el cuerpo que en todo caso están ahí para ser leídas, pero que debido a la justificación que procura la lesión orgánica, dificulta su lectura, su análisis. ¿Qué implica entonces la elaboración sintomática? Sacar el individuo abandonado en el padecimiento orgánico a la formalización de un síntoma, síntoma que permita poner en cuestión la satisfacción que se sostiene en la afección. Aquí entonces se presenta al síntoma, con la orientación del psicoanálisis, como

una solución singular y comprometida que posibilita al sujeto establecer un arreglo con ese goce puesto en el cuerpo y que mortifica el vivir.

Para el sujeto el síntoma es entonces una solución que lo compromete con una invención la cual le puede otorgar algo de bienestar. De ahí que con el psicoanálisis, específicamente en su práctica se apunte a llevar el síntoma donde es ingenio, acierto, creación, palabra que le permita nombrar aquello por lo que el sujeto padece pero que no quiere soltar.

## **9 Capítulo 4. Acerca del furor de sanar**

Se quiere con el desarrollo de este capítulo describir a la vez que analizar lo que bajo la orientación de las propuestas de Michel Foucault se formaliza acerca del discurso y en esta medida introducir la salud en estas lógicas, con el fin de exponer lo que en esta época se impone como imperativo, pero que esconde tras de sí todo un sistema de relaciones que le permiten ubicarse en el lugar donde está. Por otra parte, se describe las prácticas de la Medicina y Psicología clínica de orientación cognitivo-conductual (TCC) bajo la premisa de prácticas orientadas por el furor de sanar. Y finalmente se exponen algunas reflexiones sobre porqué el Psicoanálisis se ofrece como saber y práctica para el abordaje del malestar de nuestro tiempo, en tanto muestra señales de subjetividad.

### **9.1 De un discurso de la salud**

Reconocer el carácter discursivo de las prácticas que en la cotidianidad orientan las formas del accionar humano en sociedad no implica reducir estas praxis a elementos de tipo lingüístico, gramático, morfológico o fonético, significa, orientados por la propuesta del filósofo francés Michel Foucault en su trabajo *El orden del discurso* (2010), ir más allá de la materialidad de lo discursivo, comporta ubicarse en donde el discurso ejerce una función dentro de un orden,

orden regulado por instituciones, las cuales delimitan las condiciones de emergencia y aparición de los elementos discursivos que sostendrán un saber. De ahí que ante la emergencia de un saber las instituciones respondan, como nos lo muestra Foucault en una suerte de monólogo:

“no hay por qué tener miedo de empezar; todos estamos aquí para mostrarte que el discurso está en el orden de las leyes, que desde hace mucho tiempo se vela por su aparición; que se le ha preparado un lugar que le honra pero que le desarma, y que, si consigue algún poder, es de nosotros y únicamente de nosotros de quien lo obtiene” (Foucault, 2010 p13)

De manera que para que un discurso tenga lugar, es decir cumpla una función y ejerza cierta regularidad como enunciado necesita hacerse a un objeto como recurso del que se logre la formalización discursiva, un sujeto que posea el saber para acceder al conocimiento del objeto y que esta nueva emergencia discursiva tenga una función dentro de un orden, cumpla con el criterio de utilidad, al menos así para éste tiempo, el de la postmodernidad, en donde la productividad funciona como sinónimo de progreso, ciencia, salud y por ende ser humano. Teniendo en cuenta los argumentos de Foucault se puede decir entonces que la construcción de saber no es solamente una nueva teoría de conocimiento, sino que con la emergencia discursiva también hay lugar para la emergencia de nuevas prácticas, nuevas formas de hacer, porque ya el discurso no está solamente en lo que se dice sino más bien en lo que con él se hace.

En este orden de ideas es que se intenta analizar la salud en tanto discurso, pues así se abrirá la posibilidad para el análisis de las prácticas que funcionan bajo su nombre, además de indicar las determinaciones que ellas implantan para los sujetos que de ellas participan, pero también describir los ordenamientos que su quehacer impone en lo social. Así entonces el discurso y en esta lógica el discurso de la salud se organiza bajo un sistema de exclusión y delimitación,

rechazo de lo falso e inclusión de lo verdadero, guiado por lo que en su expresión indica la ciencia como “discurso verdadero” (Foucault, 2010 p15).

Ahora bien, la salud empieza a adquirir otro valor, ya no se trata solo de una noción que permite dar cuenta del estado de equilibrio y funcionalidad de un individuo, sino que empieza a ubicarse como elemento político. Es a partir de 1942, con el plan Beveridge que se consolida “no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud” (Foucault, 1996, p67), con esto la salud pasa a ser objeto del Estado, bajo la premisa de que garantizando la salud a sus individuos, el Estado podrá asegurarse una capacidad de trabajo y por tanto más producción, pero también una fuerza física nacional para los ataques militares. Se trata entonces de un nuevo derecho que posee el hombre pero al que también se ve sometido, pues se le exige mantenga en buen estado su cuerpo, lo cuide, lo alimente bien para que en caso de ser necesario el Estado pueda disponer de ese cuerpo para la acción que éste decida, en otras palabras “una nueva política del cuerpo” (Foucault, 1996, p69). Políticas que implican condiciones que el Estado debe brindar para asegurar la salud de los individuos, de ahí que ingrese en el campo de la economía, donde pasa a ser un desembolso dentro de presupuesto estatal (Foucault, 1996).

Se advierte una delimitación del orden social ya no bajo las lógicas de la religión seguidora de un dios, sino de lo que Foucault llama una *somatocracia*. “Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud” (Foucault, 1996. p70). El saber que se postula para la realización del nuevo objetivo del Estado es la medicina, pues su práctica en razón del orden público le permite ir más allá de donde se le presenta la enfermedad, el hospital. El médico entonces, bajo los lineamientos del régimen estatal, intentará garantizar la salud del individuo, de ahí que traslade su saber y su práctica, del organismo enfermo al “saneamiento del agua, las

condiciones de vivienda o el régimen urbanístico” (Foucault, 1996, p76). Pretende con su nuevo abordaje social mejorar la calidad de vida y con ello un aumento de la producción de trabajo para el Estado y a su vez aumento de la capacidad de consumo por parte de los individuos. El cálculo mal elaborado de la medicina es que el aumento de consumo como efecto de la mejora de la calidad de vida alcanzará sus efectos favorables a su práctica. No siendo así, quienes realmente sacan provecho de la salud, de ese objeto del Estado y de la economía es la industria farmacéutica, pues ella “está sostenida por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtiene fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades” (Foucault, 1996, p83). Hasta aquí se ha descrito lo que la medicina como práctica al servicio del discurso de la salud ha hecho, con el único objetivo de no ser desecha del accionar estatal y asegurarse con ello un lugar como práctica en favor del orden público.

Por otra parte, pero no en disonancia con lo que se ha mencionado, la salud mental como parte del discurso de la salud, es sostenida por saberes como el de la Psiquiatría o Psicología, que desde su práctica formulan ordenamientos que se ubican como reguladores del orden social. Pero la salud mental “no siempre ha sido un fenómeno ni fundamental, ni perturbador para todas las épocas” (Pérez, 2010, p9), es a partir de los siglos XVI y XVII, donde se alza el discurso de la razón y el de la ciencia, y con ello se ubica la locura como fenómeno de orden público (Pérez, 2010). A partir de ese momento emerge el concepto de salud mental, lo asilos o reclusorios ya no pertenecen solo al poder de la policía, ahora el psiquiatra va a ocupar aquellos espacios.

El psicoanalista Jacques Alain Miller postula la salud mental como el orden público y ello puede comprobarse gracias a los argumentos expuestos por Michel Foucault, en su obra *Historia de la locura en la época clásica* (1998) donde la aparición del médico-psiquiatra en el llamado

hospital mental, antes leproso, va a ubicarse una estrecha relación entre las cárceles y el hospital mental, en tanto asilo, reclusorio de aquellos sujetos que indicaban una amenaza para el orden público. Entonces la salud mental, más aún en la postmodernidad y guiados por lo que designa la Organización Mundial de la Salud (2007) “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, puede definirse también en términos de adaptación. Tal resulta ser el recurso más usado por la psicología para indicar si un individuo es sano o no mentalmente.

Por ello, la psicología con miras a postularse como ciencia, y quizá por qué no dentro del discurso de la salud, cambia su objeto de estudio, lo psíquico, por la conducta, por ser un objeto susceptible de medición, comprobación, matematización y predicción, criterios del discurso de la ciencia para otorgar el adjetivo científico a algún saber. Pero con posterioridad, dentro de las pretensiones de ciencia de la psicología “la mente sustituye a la conducta como objeto de estudio” (Pérez, 2010, p18), pues basada en el modelo computacional, podrá indicar lo que desde el interior del hombre incide en ciertos tipos de conducta. Luego con la formalización de las funciones cerebrales, la mente empieza a ser considerada un efecto de la actividad cerebral (Pérez, 2010), lo mental adquiere una materialidad física gracias al estudio de la neurobiología, así entonces lo mental se convierte en un fenómeno biológico, lo que abre la posibilidad de pensar la intervención de la perturbación mental en lo orgánico. “Al suponer, entonces, que la actividad mental es causada por el cerebro, se dice por consiguiente que la salud mental no es sino uno de los capítulos de lo que se podría llamar la salud física” (Pérez, 2010, p19). Ello pone en consonancia la práctica médica y la práctica psicológica, pues se piensa la enfermedad mental en los mismos términos de la enfermedad física, es decir bajo las lógicas de desequilibrio, la avería de algún órgano que

impulse a la actividad, la producción, el consumo, todos ellos sinónimo de vida y por ende de salud.

La salud es entonces un discurso al servicio económico, ya ni siquiera es objeto del Estado, ahora hace parte de la mecánica que moviliza el mercado, se trata de un producto para el consumo, no ya de un derecho del hombre en razón de su bienestar.

## **92 Prácticas orientadas por el furor de sanar**

La Medicina que desde sus inicios ha estado orientada por la posibilidad de brindar un bienestar, una cura al padecimiento del hombre, afirma su idea humanitaria de salvación con la extensión de su práctica al orden social. Ya no se trata para la medicina solo de conciencia de enfermedad y de tratamientos basados en reposo, modificación de la actividad cotidiana o viajes, sino de la organización categórica de lo normal y lo patológico, a partir de la incursión en el saber anatómico.

Cuando la Medicina era aún un arte, aunque su empeño haya sido siempre en mantener la vida, la medicina dejaba morir un elevado número de individuos, quizá por ignorancia del médico, pero ello solo quería decir ignorancia del saber médico, porque la medicina en ese tiempo no era “sino solo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados.” (Foucault, 1996 p71), su falla en cuanto a efectividad, dejaba notar la falta de soporte argumentativo basado en comprobaciones. Pero con el ingreso de la medicina en los saberes de carácter científico, gracias a la incorporación en su saber de la anatomía y biología, la ciencia médica empieza a adquirir nuevos instrumentos de intervención. Sus fallas empiezan a disminuir y vuelve a tomar auge la idea de la protección de la vida, más aún con la aparición de los fármacos, que en principio llegaron a combatir la enfermedad de tipo infeccioso y viral para el que la medicina no tenía ninguna solución. Pero en la actualidad el avance en la industria farmacéutica



es tal, que “precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión.” (Foucault, 1996, P72). No puede medirse con precisión porque habrá que esperar los efectos alternos que los nuevos medicamentos acarrearán. Así entonces orientados por el furor de sanar los médicos no alcanzan a identificar el malestar que logran provocar. Más aún con la extensión de su práctica al espacio social, los médicos, la publicidad y las industrias farmacéuticas están creando una sociedad medicalizada, y ello no apunta solo a la formulación del fármaco, sino a la limitación y ordenamiento de la vida bajo las lógicas del saber médico, bajo el ideal de salud que solo quiere indicar adaptación. De manera que:

“La preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad. La medicina ya no tiene campo exterior... Se podría afirmar en relación con la sociedad moderna que vivimos en “Estados médicos abiertos” en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene límite” (Foucault, 1996, p80).

Y sin límite para la práctica médica, su alcance puede ser tal que se puede ubicar como objeto del mercado, en tanto oferta bienestar, alivio o cura para el malestar. Habrá que reconocer que la medicina “no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder” (Foucault, 1996, p83), pues es capaz de reproducir a través de sus diferentes representantes en el mercado, ya sean energizantes, vitaminas o suplementos dietarios la fuerza que impulsa el trabajo, así como dinero.

Por su parte la Psicología, en su trayectoria ha decidido independizarse de la filosofía para procurar formalizarse como saber de orden científico positivista. En este orden su práctica se ha visto orientada por diferentes corrientes de pensamiento, pasando por la psicología llamada

conductual la cual tiene como idea “que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012, p32). De esta manera los psicólogos de la conducta empezaron a darle más importancia a las conductas observables y el ambiente en el que ellas se producían. Con esto la psicología adquiría un nuevo objeto de estudio para su disciplina que le daba la posibilidad de ingresar en las disciplinas científicas.

Sin embargo, hacia el año de 1970 la clínica de la conducta va a empezar una etapa de transformación donde se da cabida a las características de las teorías cognitivas y sociales, por considerarse que tal práctica no puede tener solo el fundamento de las teorías del aprendizaje. Con esto se da paso al ingreso en la clínica de la psicología conductual a los argumentos de la psicología cognitiva, que mostraba ya su preocupación por incorporar la metodología científica al estudio de los procesos mentales. Entre sus contribuciones, a la psicología de la conducta:

“el modelo del procesamiento de la información aportará a diversas terapias cognitivas el entramado teórico-conceptual que les permitiría describir formalmente los procesos internos responsables del comportamiento desadaptado.” (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012, p65).

Así entonces va formalizándose lo que se conocerá como la psicología clínica de orientación técnica cognitivo-conductual (TCC) donde “Los aportes de diferentes autores, tanto conductuales como cognitivos, han permitido que la aproximación cognitivo-conductual se fortalezca como estrategia de intervención psicoterapéutica” (Hernández & Sánchez, 2007,p51), y esto les ha dado más reconocimiento dentro del área de la psicología de la salud, por mostrarse “como intervención eficaz para el manejo de las enfermedades” (Hernández & Sánchez, 2007,p51). Con el eslogan de eficacia las TCC logran ubicarse como la práctica clínica psicológica que más efectos tiene sobre la salud, esto quiere decir, teniendo en cuenta lo abordado en el anterior

apartado, que se trata de la práctica que más favorece a la adaptación, a la vuelta el orden de los individuos que por sus padecimientos son tachados de anormales. Práctica que orientada por la idea de sanidad, de cura que cumple con los requerimientos del orden social, de ahí que el objetivo de esta intervención sea “el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento” (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012, p83).

Lo anterior, pone en evidencia el quehacer de dos prácticas, psicología clínica TCC y medicina que orientadas por el “furor de sanar” cobijan el afán de enfermar. En este sentido tiene lugar la propuesta freudiana acerca de que “la sociedad humana tiene tan poca necesidad del *furor sanandi*<sup>5</sup> como de cualquier otro fanatismo” (Freud, 1915-14, p174) De ahí el lugar que habrá de ofrecérsele a las formas de malestar contemporáneo, y en lo que respecta al interés de esta investigación al fenómeno psicosomático, como posibilidad de emergencia de la subjetividad, en un tiempo donde la promoción de individualidades no deja lugar para la pregunta por el malestar que se soporta y con ello obtura la emergencia del sujeto. Sujeto que se sabe escindido por su relación con el lenguaje pero que de un modo u otro ha logrado hacer algo con su padecer, innovación que le da otra posición ante el malestar, ya no como quien padece la enfermedad, sino como alguien que se sirve de ella. Y para ello habrá de trabajar, trabajo que tiene lugar en un dispositivo de palabra, el Psicoanálisis.

---

<sup>5</sup>“Furor de sanar a la gente” Freud, S (1915-14) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En obras completas Vol 12. Amorrortu Editores.

### 93 ¿Por qué el psicoanálisis?

“El inconsciente es ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste: es el capítulo censurado. Pero la verdad puede volverse a encontrar; lo más a menudo ya está escrita en otra parte”

Lacan, Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis, 1953

Estando en la era de la individualidad habrá que abogar por darle un lugar a la subjetividad, ahí donde existe como posibilidad una elaboración, inventarse algo ante el malestar que le permita al sujeto responder por el goce que soporta, pero del que no puede desprenderse. De manera que aunque la sociedad actual esté “inscrita en el movimiento de globalización económica que transforma los hombres en objeto” (Roudinesco, 2000, p37), el Psicoanálisis se muestra como alternativa para el trabajo con quienes son presa de un malestar, pues en efecto y tratándose del psiquismo “los síntomas no remiten a una sola enfermedad, y ésta no es exactamente una enfermedad (en el sentido somático), sino un estado. Así como la curación no es otra cosa más que una transformación existencial del sujeto” (Roudinesco, 2000, p41). Y esto ya ubica al psicoanálisis fuera de las llamadas psicoterapias, pues su orientación es más como escuela clínica la cual tiene el sistema de pensamiento freudiano como referencia, en oposición a las psicoterapias, las cuales:

“se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la *influencia* que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar poseído por el curador” (Roudinesco, 2005, p45).

El objetivo entonces de las psicoterapias es la generalización de sus prácticas, donde se mantiene la relación de saber-no saber entre terapeuta y sujeto respectivamente, para poder así lograr tener algunos efectos de la intervención. Ello pone en evidencia el saber que quien soporta

el malestar tiene, pues es gracias a su creencia, a su puesta en marcha de las mociones anímicas que logra producirse unos efectos dentro de las psicoterapias, aunque aquí el terapeuta reclame todo el crédito. Cuestión ésta ya destacada por Freud quien deja a un lado la práctica de la hipnosis y de la sugestión por darle lugar a una clínica de la palabra. Donde el único poder que tiene el analista es el de posibilitar el análisis, y para ello, la única condición que pone al sujeto es que hable, pues “Aunque siempre engañosa, solo la palabra nos puede conducir a la verdad del sujeto” (Velásquez, 1992, p65). Verdad donde la palabra como medio funciona en esta práctica debido al sentido que ella soporta.

Por eso desde el psicoanálisis el analista no es alguien que se ubica como modelo de salud mental, o de adaptación al orden social. Más bien se trata de aquel dispuesto “a mantener un nivel de autocrítica (o de vigilancia como lo llama Freud) que le permita reconocerse a sí mismo en el sesgo que da a la forma como comprende e interpreta lo que sucede al otro.” (Velásquez, 1992, p66). En este orden el psicoanálisis y en esa vía el analista se alejan de dar justificaciones acerca del padecimiento del hombre, como sí lo hacen las terapias, más bien se ubican “del lado de un pensamiento crítico” (Velásquez, 1992, p68) que pone en cuestión la queja que el sujeto lleva al análisis en nombre del malestar, para que en ese lugar se cree otro vínculo, una manera nueva de hacer con el malestar, que no asegura la eliminación del síntoma sino que le permite al sujeto servirse de aquello.

Con esto se quiere introducir que el psicoanálisis y por consecuencia el analista, no garantizan el fin del sufrimiento, la adaptación o eliminación del malestar para el sujeto, “sino que su tarea tendrá que consistir en permitirle al sujeto asumir una posición ante aquello que lo hace sufrir, esto es ante su síntoma” (Pérez, 2010, p16), pues con esto tendrá que seguir luchando en la vida, porque se trata de una marca estructural.

## **Una postura crítica**

En el desarrollo de este capítulo se pone en evidencia como la salud, que aquí se analiza bajo el criterio discursivo, se ubica como parte de un orden y al servicio de la economía. Pero su transformación tiene lugar desde que el Estado empieza a reconocer en este concepto otro valor, además de su posibilidad de mostrar diferencias con la enfermedad. Valor que se le adjudica en la medida en que logra demostrar efectos mediante la ejecución de prácticas que lo hacen funcionar. Es así como la medicina y la psicología clínica de orientación cognitivo-conductual se ponen al servicio del mantenimiento del orden social y para ello toman el discurso de la salud como bandera en su quehacer. Tal afirmación de sus prácticas, en razón de su orientación por la salud solo pretende cubrir el afán de enfermar que resulta del efecto de intervenciones de tipo disciplinar y adaptativo que no dejan lugar a la emergencia subjetiva y por tanto a una elaboración ética frente al síntoma. De ahí que se presente al Psicoanálisis como posibilidad para la lectura en el padecimiento de nuestro tiempo, no de la enfermedad, desadaptación o anormalidad, sino de la subjetividad. Con la cual el sujeto podrá inventarse otra relación con su malestar, un vínculo donde su malestar no lo relegue al lugar de paciente, a la espera de una solución que le venga del otro, sino que sea capaz de tomar posición ante su malestar, como sujeto ético, aquel que ha logrado hacer ahí con su goce.

## 10 Conclusiones

- Las condiciones que señala la postmodernidad para la vida del sujeto en este tiempo, lo elimina y en su lugar promueve la individualidad, la autonomía, el narcisismo. Así entonces la enfermedad es tomada como una pérdida de tiempo en una época donde todo es posible excepto enfermar.

- La generalización de las condiciones de vida, del para todos igual, de todos en el mismo espacio características propias de la postmodernidad eliminan la elección del no todo como señal de subjetividad, pues de lo que en este tiempo se trata es una experiencia de la vida sin límites, asumiendo desde su individualidad las consecuencias que ello traiga.

- Esta época inaugura ciertas formas de padecimiento, entre las que se halla el fenómeno psicósomático. Padecimiento paradójico dado que comporta una lesión en el órgano, aunque la medicina no logra establecer para él una causa anatómica, ello no la exime de intervenir el malestar con un fármaco y otorgar la causa a algún determinante biopsicosocial, como el estrés. Pero dado que algo de carácter psíquico es el que implica la molestia, aunque se intervenga sobre el organismo el malestar insistirá. Ello es señal de que en este malestar existe una posibilidad para la emergencia de un sujeto, que no sea excluido por la clasificación diagnóstica y el medicamento; sino que puede tener lugar la elaboración del síntoma.

- El síntoma, desde la perspectiva del psicoanálisis logra pensarse como una solución, un tanto problemática, pero al fin y al cabo solución, pues es lo que permite al sujeto poner en palabras su compromiso con el malestar, cuestionar qué satisfacción se soporta allí.

- Pensar entonces el trabajo con quien es presa del fenómeno psicósomático, implica dar lugar, a través del trabajo vía la palabra, de la elaboración de una pregunta por su malestar, es decir de una formulación del síntoma, que le permita al individuo encerrado en el

padecimiento orgánico, una salida, a la vez que un compromiso en la operación del síntoma que le permita como sujeto un arreglo con ese goce que se empeña en el malvivir.

- La psicología clínica de orientación cognitivo-conductual, que ajustada al modelo médico, se orienta al igual que él por el furor de sanar, negando con su eslogan de eficacia, el afán de enfermar, dado que sus clasificaciones diagnósticas e intervenciones solo apuntan a la vuelta al orden social al individuo desadaptado, sin reconocer que se trata por estructura de un sujeto escindido por el lenguaje que ya no se rige por la lógica del orden y el equilibrio, sino por otro orden, que muchas veces resulta ser transgresor, el del goce.



**Referencias bibliográficas**

Aristóteles. Acerca del alma. Biblioteca básica Gredos, Madrid

Asociación Americana de Psiquiatría APA (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington.

Barrio, V. (2009) Raíces y evolución del DSM. Revista de Historia de la psicología, Vol. 30, num 2-3 (juni-septiembre). Publicaciones de la universidad de Valencia. España

Bauman, Z. (2005) Modernidad líquida. Fondo de cultura económica. Argentina

Boxaca, J & Lutereau, L. (2012) Los usos del síntoma: sus transformaciones en la cura analítica. Revista desde el jardín de Freud, n12. Bogotá.

CIE 10 (1992). Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión.

Clavreul, J (1983) El orden médico. Argot. Barcelona.

Daros, W; Guida, J & Antiba, A. (2014) Sociedad posmoderna y salud. Simposio político científica y sociedad. Red política científica desde Latinoamérica. Buenos Aires.

Descartes, R. (1990) El tratado del hombre. Alianza editorial. Madrid

Diaz, C. (2002). Destrucción del cuerpo: de la fantasía al acto. Revista Desde el jardín de Freud, n2. Bogotá.

Diccionario de psicología fisiológica y clínica (1990)

Diez, M. (1975) Proceso psicossomático terapéutico, tomo 1. Editorial trillas. México

Fernández, R; Thielmann, K; Bormey, M (2012) Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. Revista cubana de salud pública vol 38, N3. Cuidad de la habana

Foucault, M (1991) Enfermedad mental y personalidad. Ediciones Paidós. España

Foucault, M (1996) La vida de los hombres infames. Colección Caronte ensayos. Editorial Altamira. La plata, Argentina

Foucault, M (1997) El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

Foucault, M (2010) El orden del discurso. Tusquets Editores. Barcelona

Foucault, M. (1998). Historia de la locura en la época clásica I. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). *La arqueología del saber*. México, D.F: Siglo XXI Editores

Freud, S (1915-14) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En obras completas Vol 12. Amorrortu Editores.

Freud, S (1916) Conferencia de introducción al psicoanálisis N 18 La fijación del trauma, lo inconsciente. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Freud, S (1916b) Conferencia de introducción al psicoanálisis N 23 Los caminos de la formación del síntoma. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1890) Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) Obras completas, tomo I, Amorrortu editores.

Freud, S. (1893 (1888-93)) Algunas consideraciones con miras a un estudio de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras completas, Amorrortu editores.

Freud, S. (1893-95) Estudios sobre la histeria. Obras completas, tomo II, Amorrortu editores.

Freud, S. (1898) La sexualidad en la etiología de las neurosis. Obras completas, tomo III, Amorrortu editores.

Gallo, H. (2002) Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. Revista Desde el jardín de Freud, n2. Bogotá.

Gallo, H & Ramírez, M (2012) *El Psicoanálisis y la investigación en la universidad* Buenos Aires: Grama Ediciones.

Giraldo, M C (2010) La (des) Inserción sintomática en El silencio de los síntomas: la salud mental. Edita NEL Medellín. Colombia.

Girón, J. (2008) Zygmunt Bauman: una lectura líquida de la posmodernidad. Revista académica de relaciones internacionales, num 9. <http://revistainterrogant.org/editorial-no8/las-enfermedades-mentales-hoy/>

Hernández, N & Sánchez JC (2007) Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Libros en red

Hoff, H & Ringer, E (1966) Problemas generales de la medicina psicosomática, ediciones Morata S.A. Madrid, España

Lacan, J (1953) Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis, en Escritos 1 (1984) Ediciones siglo XXI México.

Lacan, J (1953) Lo simbólico, lo imaginario y lo real. Conferencia pronunciada en ocasión de la fundación de la sociedad francesa de psicoanálisis.

Lacan, J (1964) Posición del inconsciente, en Escritos II (1985). Ediciones siglo XXI. México.

Lacan, J (1975) Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. pronunciada en el Centro Raymond de Saussure, en Ginebra, el 4 de octubre de 1975, publicada en la revista Le Bloc-Notes de la psychanalyse, N° 5, Bruselas, 1985

Lacan, J (1984) El sujeto por fin cuestionado, en Escritos I. Ediciones siglo XXI. México.

Lacan, J (1985) Conferencia en ginebra sobre el síntoma. Pronunciada el 4 de octubre 1975. Publicada en la revista “Le Bloc-Notes de la psychanalyse N 5 Bruselas, 1985.

Lacan, J. (1961-1962) El Seminario, libro 9, La Identificación. Buenos Aires, Versión inédita, 2009.

Lemos, M; Restrepo, D; Richard, C. (2008) Revisión crítica del concepto de “psicosomático a la luz del dualismo mente-cuerpo. Pensamiento lógico Vol 4, N10. Cali, Colombia.

Lima, O. (1983) Introducción a la medicina psicosomática. Fondo editorial de humanidades y educación, Universidad central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Lopera, J., Ortiz, J., Ramírez, C., & Zuluaga, M. (2010). *El método analítico*. Medellín: CISH-Universidad de Antioquia.

Lombardi, G. (2012) El conocimiento del síntoma y las opciones del final de análisis. revista desde el jardín de Freud, n12. Bogotá

Lozano, M. (2002) Un nombre para la conceptualización y la práctica de la medicina psicosomática y la psiquiatría de enlace: “psiquiatría psicosomática”.

Miller, J (1989) Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma. Ediciones Manantial. Buenos Aires.

- Miller, J (1994) Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático, en Matémas II. Ediciones Manantial. Argentina.
- Miller, J (1995) La imagen del cuerpo en psicoanálisis, en Introducción a la clínica psicoanalítica, conferencias en España. Ediciones RBA libros. Barcelona 2006.
- Miller, J (2002) Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo. Colección diva. Edigraf S.A. Buenos Aires.
- Miller, J (2007) Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma. Ediciones Manantial. Buenos Aires.
- Miller, J. (1994) Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático. En matemáticas II. Ediciones manantial. Buenos aires, argentina.
- Miller, J. A. (1989). Reflexiones sobre la envoltura formal del síntoma. Manantial. Buenos Aires.
- Moya, J. (1999) La salud mental en el siglo xxi, una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, vol 19, n 72.
- Murcia, F. (2006) Cambios sociales y trastornos de la personalidad postmoderna. Papeles del psicólogo, vol 27
- Ocaña, Ma C. (1998) Síndrome de adaptación general, la naturaleza de los estímulos estresantes. Escuela Abierta, vol 2
- Organización Mundial de la Salud. OMS (3 de Septiembre de 2007). ¿Qué es la salud mental? Obtenido de who.int: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

Pérez, J f (2010) Acerca del concepto de salud mental. En El silencio de los síntomas: la salud mental. Edita Nel Medellín

Pinillos, J. (2002) Posmodernismo y psicología. Una cuestión pendiente. anales de psicología, vol 18, n1 (junio). España. Servicio de publicaciones de la universidad de Murcia, España.

Plozza, L & Poldinger, W (1975) El enfermo psicossomático y el médico práctico. Ediciones Roche. Basilea, Suiza.

Rohde, E. (1948). *Psique*. Fondo de cultura económica, México.

Roudinesco E (2000) ¿Por qué el psicoanálisis? Editorial Paidós. Argentina.

Roudinesco E (2005) el paciente, el terapeuta y el Estado. Siglo XXI editores. Buenos Aires, Argentina.

Rubistein, A (1996) El concepto de síntoma en Freud, en Diversidad del síntoma, colección Orientación lacaniana EOL. Edita EOL.

Ruiz, A (2010) Adaptación-Inadaptación en El silencio de los síntomas: la salud mental. Edita NEL Medellín. Colombia.

Ruiz, A; Díaz, M & Villalobos, A (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales. Desclée de Brouwer. Bilbao, España

Schejtman, F (2004) la trama del síntoma y el inconsciente. Serie del bucle. Buenos Aires.

Stiglitz, G (2016) Hoy se callan los síntomas del malestar y estos vuelven al cuerpo, la mente o las relaciones.

Stolkiner, A. (1994) Tiempos “posmoderno”: ajuste y salud mental. artículo publicado en el libro “políticas en salud mental”. Buenos aires. Lugar editorial.

Tendlarz, S (1996) La verdad del síntoma, en Diversidad del síntoma, colección Orientación lacaniana EOL. Edita EOL.

Tizio, H. (2006) Las enfermedades mentales hoy. Revista l’interrogant n7. Intervención realizada en la “jornada de presentación de la revista l’interrogant n° 7”, celebrada en el ayuntamiento de nou barris el 24 de noviembre de 2006.

Tobo, N & Canaval, G (2010) Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. Universidad de la sabana. Aquichan, Vol 10, num 1, abril, PP 19-33. Bogotá, Colombia.

Uribe, M. (2006) Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Revista colombiana de psiquiatría. Bogotá, Colombia

Velasquez, L (1992) Escucha, interpretación, ética. Revista colombiana de psicología. Universidad Nacional. Bogotá.

Vilanou, C (2000) La configuración postmoderna del cuerpo humano. Movimiento, vol VII. Escuela de educación física. Brasil.

Wittkower, E; Cleghorn, R; Martines, A; Ruiz, C; Morgetts, E (1966). Progresos en medicina psicosomática. Editorial universidad de buenos aires. Argentina