

UNA REVISIÓN TEÓRICA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN: VIGENCIA Y
FECUNDIDAD DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA NEUROSIS

Presentado por:

MARGARITA ROSA ZAPATA CASTAÑEDA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2015

UNA REVISIÓN TEÓRICA DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN: VIGENCIA Y
FECUNDIDAD DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS

Presentado por:

MARGARITA ROSA ZAPATA CASTAÑEDA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGA

Asesor:

LUIS GILBERTO GÓMEZ RESTREPO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2015

Dedicatoria

A mis padres por el apoyo que me brindaron durante este largo proceso. Gracias a mi madre Margarita María Castañeda por ser mi mano derecha y darme ánimos a culminar en la última etapa de la carrera de psicología y a mi padre Jorge Horacio Zapata por demostrarme que todo lo realizado con esfuerzo vale la pena vivirlo.

Agradecimientos

A mi asesor Luis Gilberto Gómez por el servicio, dedicación y orientación para la realización del trabajo de grado.

Especiales agradecimientos a mi hermana por contribuir en el proyecto de investigación.

Tabla de Contenido

| | Pág. |
|---|------|
| Glosario | 8 |
| RESUMEN..... | 19 |
| ABSTRACT..... | 21 |
| INTRODUCCIÓ..... | 22 |
| 1. Presentación del Proyecto de Investigación..... | 31 |
| 1.1 Planteamiento del Problema..... | 31 |
| 1.2 Objetivos de Investigación..... | 43 |
| 1.2.1 Objetivo General..... | 43 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 43 |
| 1.3 Justificación..... | 44 |
| 1.4 Diseño Metodológico..... | 49 |
| 1.4.1 Enfoque..... | 49 |
| 1.4.2 Tipo de Investigación..... | 51 |
| 1.4.3 Método..... | 52 |
| 1.4.4 Instrumentos de Recolección de Información..... | 53 |

| | |
|--|------|
| 1.4.4.1 Rastreo de documentos impresos, escritos y digitales..... | 53 |
| 1.4.4.2 Fichas bibliográficas y de contenido..... | 53 |
| 2. Marco de Referencia..... | 55 |
| 2.1 Antecedentes..... | 55 |
| 2.2. Marco Teórico..... | 69 |
| 2.2.1 Trastorno de Somatización y la clínica psiquiátrica Americana..... | 69 |
| 2.2.1.1 Noción básica y esbozo histórico..... | 69 |
| 2.2.1.2 Trastornos somatomorfos y de síntomas somáticos..... | 75 |
| 2.2.1.2.1 Ubicación..... | 76 |
| 2.2.1.2.2 Generalidades y aspectos específicos..... | 81 |
| 2.2.1.2.2.1 La Somatización: Concepto, Clínica y Significación..... | 87 |
| 2.2.2 Teoría Clínica y Cura Psicoanalítica..... | 99 |
| 2.2.2.1. Esbozo Histórico..... | 99 |
| 2.2.2.2 Clínica y Cura del psicoanálisis..... | 109 |
| 2.2.2.2.1 Aspectos Generales..... | 109 |
| 2.2.2.2.2. Estructura en las Neurosis..... | 119 |
| 2.2.2.2.2.1 Teoría de la Clínica de las Neurosis..... | 128 |
| 2.2.2.2.2.2 Psique-Cuerpo: Algunas ideas relevantes..... | 150 |
| 3. Hallazgos..... | 175 |
| 3.1 Problemas asociados al trastorno de Somatización | 1766 |
| 3.2 Clínica del Trastorno de Somatización..... | 1799 |
| 3.3 Una Mirada Psicoanalítica | 1844 |

| | |
|------------------------------------|------|
| 4. Conclusiones | 2066 |
| 5. Recomendaciones | 2155 |
| 6. Referencias Bibliográficas..... | 217 |

GLOSARIO

Angustia: según la 32ª conferencia de Freud, en la lección de “*angustia y vida pulsional*”, la angustia es entendida como el estado afectivo, conjunto de sensaciones de displacer con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción, devenido de experiencias pretéritas o de orden hereditario. Se mencionan distintas clases de actividad, por ejemplo la primera angustia que apareció en un sujeto, es la angustia tóxica, generada por la huella afectiva que apareció en la infancia y así mismo causando cambios en la actividad cardíaca y la respiración. Más adelante, se diferencia la angustia realista y la angustia neurótica. Para Freud (1996) el estado de angustia puede aparecer en ciertos procesos de la vida sexual del sujeto, la excitación frustrada o violentas excitaciones sexuales que no llegan a un momento satisfactorio pueden desviar dicha excitación hacia lo somático. Cuando la abstinencia sexual no desaparece, y deja interrumpida la excitación libidinosa, deja paso a la angustia.

Causalidad psíquica: Cuando hay causalidad psíquica es porque existen leyes y efectos propios venidos del lenguaje y la palabra que la constituye. “De esas leyes del lenguaje y de la palabra, diría que ellas cruzan dos abismos: el abismo del tiempo, cuestión entonces del origen, y el abismo del sexo, cuestión de la finalidad de nuestra existencia, sentido de nuestra vida, cuestión del devenir” (Zapata, 2010, p. 78)

Determinismo psíquico: es entendido como un fenómeno psíquico. Citando a Bernardi (1995), el concepto de determinismo lo utiliza Lalande (1953) recurriendo a la definición de

Claude Bernard en introducción a la Medicina Experimental (1865) así: «El médico experimentador ejercerá sucesivamente su influencia sobre las enfermedades en cuanto conozca experimentalmente su exacto determinismo, es decir su causa próxima» (Bernardi , 1995, p. 298).

Conflicto psíquico: el psicoanálisis plantea que el “conflicto cuando el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 76). El conflicto se puede manifestar mediante un deseo, perturbación moral como también pueden surgir sentimientos contradictorios. También el conflicto puede ser latente, expresándose por medio de síntomas, cambios y trastornos en la conducta y perturbaciones del carácter, entre otros.

Conversión: de acuerdo a lo planteado por Laplanche & Pontalis (1974) el término conversión fue empleado por Freud durante su investigación acerca de la histeria. A partir del campo de la psicopatología Freud se refiere a la conversión como la estancia psíquica que pasa luego hacia lo somático; es decir, sucede un desplazamiento de una perturbación psíquica a síntomas corporales.

Cuerpo: según Freud (1915) plantea que el cuerpo dentro del discurso psicoanalítico, es un cuerpo representado, simbolizado, cuerpo pulsional, cuerpo erógeno, siendo la erogeneidad la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual. (Acevedo, 2002, p. 9).

El cuerpo, entendido como una estructura a descifrar, a partir de la historia, las distintas épocas y contextos sociales ha sido concepto de diversos significados, como también las representaciones que ha tenido por las culturas y costumbres que rigen cada sociedad teniendo en cuenta el significante que esta tiene ya sea individual o en las distintas disciplinas como en la cura analítica, pues cada sujeto y dependiendo de su estructura psíquica, le da un significado al cuerpo, teniendo presente el lugar que se le da al cuerpo, de qué clase de cuerpo se habla (Alberro, 2006)

Deseo: Según planteamientos psicoanalíticos, “La concepción freudiana del deseo se refiere fundamentalmente al deseo inconsciente, ligado a signos infantiles indestructibles” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 96). A partir de postulados freudianos, el deseo se halla indisolublemente ligado a las huellas mnémicas y ligado al deseo inconsciente como también a los signos infantiles indestructibles.

Fenómeno psicossomático: se entiende por fenómeno psicossomático, trastornos orgánicos los cuales no presentan enfermedades orgánicas, el fenómeno psicossomático está relacionado con los factores psíquicos (Farré & otros, 2001, p. 127). Cuando se menciona el fenómeno psicossomático, aparecen dos términos que son fundamentales conocer para entender cómo funciona lo psíquico en la vida del sujeto. Uno de los términos es el psiquismo, y el otro se llama soma, el psicoanálisis adopta el primer término como base para explicar acontecimientos que datan de las vivencias negativas de una persona, su inconsciente y sus represiones. El Segundo término soma es un término utilizado y comprendido en el campo médico para definir el cuerpo como estructura en la cual se instalan las enfermedades del paciente (Alberro, 2006).

Goce: el concepto de goce no es fácil de comprender por sus múltiples definiciones que abarca, a partir de la teoría de Lacan, el Goce se entiende como “todo lo que proviene de la distribución del placer en el cuerpo o como la satisfacción de una pulsión” (Castelli & Sarrailllet, 2011, p. 2). El goce es interpretado como una satisfacción que excede los límites del placer. Según Hernández (2014), el goce es la tensión inscrita en el cuerpo, cuando aparece el dolor es porque hay existencia del goce y a ese nivel del dolor se puede experimentar una dimensión del organismo que de otra manera aparece velada. El cuerpo está hecho para gozar, y del mismo modo sufrir o padecer dicho dolor generado por el goce, el sujeto goza de sí mismo. Por tanto, como el goce está vinculado al sufrimiento, el goce se opone al principio del placer, aislándose del bienestar y vinculándose al dolor volviéndose intolerable para el sujeto, generándole un exceso de síntomas.

Histeria: se trata de una “Clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. “Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales paroxísticos como por ejemplo la teatralidad” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 174).

Inhibición: según el psicoanálisis, “La inhibición presenta una relación especial con la función y no significa necesariamente algo patológico” (Freud, 1981, p. 2833), a partir de los postulados de Freud, la inhibición es entendida como restricciones de las funciones del yo y por otro lado, puede constituir un síntoma y generar un agotamiento de energía creando

perturbaciones y afecciones neuróticas. Las inhibiciones pueden ser causadas por medio de renunciaciones, entre ellas, la satisfacción de la libido o la desviación de esta misma.

Monografía: según Eco, “La monografía es el tratamiento de un solo tema. Se estudian muchos autores pero solo desde el punto de vista de un tema específico”. (Eco, 1991, p. 31).

Neurosis: se entiende por neurosis, la “Afección patógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 247). La neurosis introduce los tipos de clasificación de Freud. Entre la categorización aparece la Neurastenia, clasificada en las neurosis actuales y entendida como una enfermedad de debilidad, astenia que genera nervios, su cuadro clínico gira en torno a una fatiga física. La Hipocondría, es una enfermedad mental que se halla también estructurada entre la neurosis actual, considerada como una patología narcisista, donde ocurre la suspensión de la libido (Samat, 2006, p. 42).

Otro tipo de neurosis actual, es la neurosis de angustia, que Freud aisló de la neurastenia. La neurosis de angustia, desde su diferencia con los síntomas de la neurastenia, son de carácter angustioso, y respecto de la histeria, como neurosis de angustia, es una neurosis actual que se caracteriza por presentar mucha carga de “excitación sexual que se transformaría directamente en síntoma sin mediación psíquica” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 253).

En la lección XXV Freud (1996), expone acerca de la angustia y su vinculación directa con la neurosis, siendo una estructura donde se puede presenciar un estado general de angustia, la

cual influye sobre los juicios del sujeto, actúa como un espía para justificar todo evento, por tanto se le nombra como calificativo de angustia o espera ansiosa, que de por sí, cierta ansiedad vuelve a producir en el sujeto la angustia, inclinándose a pensar que siempre en las eventualidades ocurrirán catástrofes, presagian la desdicha o temen siempre a que algo malo suceda y es así de la misma forma que la inseguridad y el miedo de pensar algo de esta índole los lleva a alcanzar una intensa angustia de espera, correspondiendo casi siempre a una afección nerviosa, la cual Freud dio el nombre de *Neurosis de Angustia* inscrita entre las neurosis actuales.

Las Neurosis de transferencia, son otro tipo de neurosis distinto a las neurosis actuales. Según los postulados de Laplanche & Pontalis (1974), el término de Neurosis de transferencia fue introducido por Jung, dicha neurosis tiene la capacidad de transferir la libido sobre objetos, este tipo de Neurosis tiene la gran ventaja de acceder fácilmente a la terapia y continuamente al tratamiento.

Dentro de la clínica de las neurosis aparece también las psiconeurosis narcisistas, que según Laplanche & Pontalis (1974), es un término que tiende a desaparecer del lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico, sin embargo, se puede hallar todavía en los escritos de Freud, para distinguirla como enfermedad mental, la cual se caracteriza por mantener concentrada la excitación de libido sobre el *yo*, y por otro lado, contraponiéndose a las neurosis de transferencia, dentro de la nosografía de la clínica psicoanalítica, la neurosis de transferencia se comprende como una histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva. “Dicha neurosis se constituye en torno a la relación con el analista; representa una nueva edición de la neurosis de

clínica; su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 259).

Psicoanálisis: el psicoanálisis es un discurso, fundado por Freud, es un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias como por ejemplo los sueños, las fantasías y delirios de un sujeto. El psicoanálisis también es un método terapéutico en la cual es importante la escucha por parte del analista y que dentro de dicho análisis se genere transferencia (1974). “Se llama psicoanálisis a la labor mediante la cual se trae a consciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 329).

El psicoanálisis es considerado también una teoría, porque esta complementado por un conjunto de teorías. “Según el autor Hawkins (1990), una teoría “es simplemente un modelo del universo, o de alguna de sus partes. Por otra parte, el autor Kerlinger (1997) elabora un concepto de teoría como un conjunto de constructos interrelacionados, definiciones y proposiciones que presentan un punto de vista sistemático de los fenómenos mediante la especificación de relaciones entre variables, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos”. (Bondarenko, 2009, p. 463-464).

Podría decirse que la definición de psicoanálisis está más acorde con el enfoque cualitativo de la ciencia. En el mismo orden de ideas, y en sentido menos estricto aún, Morin, Ciurana y Motta señalan que una teoría “...no es el conocimiento, pero permite el conocimiento. Una teoría no es una llegada, es la posibilidad de una partida. Una teoría no es una solución, es la

posibilidad de tratar un problema,”. En esta definición, se resalta la manera de caracterizar una teoría a través de la negación de lo que una teoría no es, la imprecisión de la definición e inclusive un aire melancólico y hasta poético que la caracteriza (Bondarenko, 2009).

Por otro lado, el psicoanálisis es una clínica. La clínica psicoanalítica constituye un campo unificado en el cual, si bien es posible reconocer sectores que presentan ciertas peculiaridades que los singularizan, no por eso llegan éstos a conformar campos específicos, compartimientos estancos aislados del resto” (Leivi, 2001, p. 341). Según Bercherie, la clínica psicoanalítica se separa de la clínica médica y la clínica psiquiátrica en la organización misma de su experiencia. Para la clínica psicoanalítica lo más importante es el campo de la escucha durante el análisis y la percepción multisensorial para dar un registro completo de acuerdo al diagnóstico del paciente.

Psique: este término plantea que “Lo psíquico está constituido por las percepciones de la realidad objetiva, externa, así como por las de la realidad interna, las de las vivencias y afectos” (Cesio, 2002, p. 25). En lo psíquico se halla todo lo que está reprimido, también los sueños y fantasías derivadas de las percepciones y por tanto, son aquellas que le manifiestan a la conciencia lo psíquico. El psicoanálisis toma al psiquismo como un fenómeno complejo de comprender, como también es entendido como un sistema abierto, ya que el sujeto pertenece a este centro de organización, de recreación de todo aquello que recibe, por tanto, el psiquismo es indispensable como sistema abierto, porque permite relacionar al sujeto acerca de sus experiencias de vida, relaciones con el mundo exterior, todo lo que se trate de relacionar con la producción subjetiva, por tanto, Cesio, citando a Hornstein, dice que “La realidad psíquica es la

apropiación fantasmática de esas tramas donde se articula determinismo (en cuanto a ciertos constituyentes estructurales) con azar (acontecimientos no reductibles a la estructura)”.

Revisión: según los planteamientos de Guirao y otros autores, “Revisar según el diccionario de la Real Academia es ver con atención y cuidado o someter algo a nuevo examen para corregirlo, enmendarlo o repararlo” (Guirao y otros, 2008, p. 4). Así mismo, estos autores afirman que “La revisión se puede reconocer como un estudio en sí mismo, en el cual el revisor tiene un interrogante, recoge datos (en la forma de artículos previos), los analiza y extrae una conclusión. La diferencia fundamental entre una revisión y un trabajo original o estudio primario, es la unidad de análisis, no los principios científicos que se aplican” (Guirao, & otros, 2008, p. 4).

Síntoma: Según (Gallo, Ramírez, & Burgos, 1988) la palabra síntoma, denota en sentido superficial una singularidad neurofisiológica como psicológica, tanto en ambas, el síntoma califica toda clase de afección o alteración funcional de un miembro interno o externo del cuerpo, donde ocurren alteraciones de orden racional; por otro lado, en el nivel neurofisiológico el proceso patológico es producido a causa de una lesión orgánica concomitante.

Para Freud los síntomas se generan a causa de un conflicto, no de una enfermedad, debido a las insatisfacciones del deseo, que quedan reprimidos, y como consecuencia, generan conflictos psíquicos en el sujeto, ya que la libido queda atrapada e insatisfecha y luego se ve obligada a buscar una salida para encontrar nuevas formas de satisfacción, lo que permite descargar toda la energía y desaparecer los síntomas que fueron creados por la represión inconsciente. Por otra

parte, los síntomas aparecen como una señal de las experiencias traumáticas pretéritas del sujeto que fueron reprimidas y reaparecen luego en la etapa adulta. Teniendo esto presente, en el análisis de los síntomas histéricos, el sujeto no recuerda algunos sucesos de su vida pretérita, pues esos recuerdos de la temprana infancia se encuentran en el inconsciente (Freud, 1990).

Concretamente, hoy se asiste a tomar el síntoma como elemento que hace presencia en el campo de la salud, para la medicina y psiquiatría, el síntoma representa una lesión o una enfermedad orgánica, y la mirada del médico es hacia el campo de los signos y síntomas; sin embargo, el síntoma para la clínica psicoanalítica es un sentido de interpretación y consiste en un efecto terapéutico, es decir, los síntomas son expresión, ayuda a reducir lo que se halla reprimido en el sujeto, como por ejemplo los conflictos psíquicos, por otra parte, lo fundamental para la clínica psicoanalítica es el campo de la escucha, es decir, emplear la percepción multisensorial para recoger en cada análisis un registro perceptivo (Leivi, 2001).

Sujeto: Según los planteamientos de Campalans (2006) se habla de sujeto solo bajo la experiencia analítica y bajo la transferencia que se da entre paciente y terapeuta, pues en este momento, es donde se produce la relación del yo con el inconsciente y el origen de la historia del sujeto, donde se da comienzo de la libre asociación del discurso, las experiencias traumáticas del paciente, por eso se convierte en sujeto del inconsciente, el sujeto aparece cuando surge el Otro, el que hace lectura del sujeto.

Trastorno: el concepto de trastorno se define como “Síndromes clínicamente significativos asociados al deterioro de una o más áreas de funcionamiento” (Tema 1.

Conceptos Básicos en Psicopatología, 2006-2007). Según el DSM-IV, el término de trastorno mental carece de una definición específica, muchas veces es comprendida como una patología, como también, malestar, incapacidad (Pichot, López Ibor, & Valdés Miyar , 1995).

Somatización: el concepto de somatización hace referencia a fenómenos clínicos, problemas que intervienen en la salud del paciente, la somatización son procesos generados por síntomas que generan malestar en el cuerpo de una persona, lo cual, lo lleva a buscar ayuda médica, ya que muchas veces este malestar pronunciado no encuentra explicación de una causa orgánica (Di Silvestre, 1998).El término de somatización dentro de la literatura científica, posee un significado y delimitación diagnóstica que no está claramente establecida y aparece tratada en el campo de la psicopatología y la clínica psicológica y psiquiátrica en la cual, la somatización se define como una interpretación de expresión de malestar psíquico, ya que de forma general, la noción de somatización no se refiere a una queja física que produce malestar, pues no se han hallado causas orgánicas que expliquen dicho trastorno.

RESUMEN

La presente monografía, titulada *Una revisión teórica del trastorno de somatización: Vigencia y fecundidad de la clínica psicoanalítica de las neurosis*, presenta una investigación acerca del origen del trastorno de somatización a partir del campo psicoanalítico y su desarrollo y desaparición según planteamientos de la clínica americana, sustentado en la APA, los manuales diagnósticos DSM y CIE, según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De esta manera, esta investigación se centra en exponer cuales fueron las causas para la aparición el trastorno somático y su relación con la neurosis y la vinculación existente con la medicina moderna, lo que ha generado discusión en cuanto a dicho trastorno y la preocupación de las modificaciones que inciden en los diagnósticos, pues, una de las críticas que se han establecido en el presente estudio, es la importancia que se le ha otorgado al campo psicoanalítico en la clínica actual, siendo una de las disciplinas que mucho ha aportado para explicar el surgimiento de las neurosis que en la actualidad se categorizan como trastornos.

Por consiguiente, el presente trabajo de investigación responde a la pregunta: ¿Cuáles son las significaciones del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis? haciendo un recuento histórico que respalda la investigación desde su origen como Neurosis hasta llegar a su último grado de aceptación como trastorno. La investigación tiene por objetivo general: Describir el trastorno de somatización desde la visión clínica del DSM III – IV con el fin de indicar las razones de su definición, manejo y actual desaparición en el DSM – V.

Palabras claves: psicoanálisis - neurosis - cuerpo-psyque – síntoma – trastorno de somatización

ABSTRACT

The following monograph, entitled *A theoretical review of somatization disorder: Force and fertility of the psychoanalytic clinic of neurosis*, presents a detailed investigation of the origin of somatization disorder in accordance with the psychoanalytic field and its development and disappearance in American clinical approaches, based on the APA, the diagnostic manual DSM and CIE, according to World health organization (WHO) criteria.

Thus, this research focuses on exposing the causes for the appearance of somatic disorder and its relationship with both neurosis and modern medicine, which has generated debate about the disorder and concerns relating to the changes affecting the diagnosis. Indeed, one of the criticisms that has been established in this study is the importance given to the psychoanalytic field in the contemporary clinic – one of the disciplines that has contributed much in explaining the emergence of neuroses currently categorized as disorders.

Therefore, this research project addresses the question: What is the meaning of somatization disorder, in terms of the life and fertility of the theory and psychoanalytic clinic of neurosis? The project will provide an historical account that supports research from its origins as Neurosis to reach its ultimate degree of acceptance as a disorder. The general objective of the research is: to describe somatization disorder from the clinical perspective of DSM III - IV in order to indicate the reasons for its definition, management and current disappearance in the DSM – V.

Key words: Psychoanalysis, Neurosis, Body, Psyche, Symptom, somatization disorder

INTRODUCCIÓN

La presente monografía expone *Una revisión teórica del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la clínica psicoanalítica de las neurosis*, planteando el trastorno de somatización como uno de los problemas que más se presentan en atención médica, así mismo, dentro del proyecto de investigación se explica una diferenciación clara entre el síntoma y el fenómeno psicósomático para comprender a fondo, como influye la enfermedad en el sujeto, sus causas y consecuencias. La explicación de dicho trastorno se aborda a través de la historia de la clínica psiquiátrica americana y la clínica psicoanalítica, teniendo en cuenta la clínica de las neurosis y lo que la conforma como estructura, partiendo de las clases de neurosis como las actuales y las de transferencia y el abordaje de la histeria como punto de partida y explicación a la aparición del trastorno de somatización (López, 2015).

La pregunta que se planteará para este trabajo de investigación es la siguiente: *¿Cuáles son las significaciones del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis?* Con el fin de plantear una revisión del trastorno de somatización a partir de la teoría y clínica Americana y psicoanalítica, que aparece descrita en el DSM-III al V, y encontrando sino su origen, al menos una relación crítica con la teoría y clínica psicoanalítica de las Neurosis. Más adelante se describirán las razones de la definición del trastorno de somatización su manejo y desaparición en el actual DSM-V (Rodríguez, Calderón, & Perona, 2014). Luego, se establecerá la relación existente entre los tipos de neurosis, para dar a conocer la posición del psicoanálisis frente al debate científico actual que surge entre cuerpo y

psique, como también comprender en qué consiste el fenómeno psicossomático y en qué se diferencia del trastorno de somatización.

En el marco teórico aparece una revisión teórica de la clínica psiquiátrica americana y de los manuales diagnósticos que aportan para describir la historia y origen del trastorno de somatización. Por otro lado, en este mismo apartado, aparece las definiciones y explicaciones de los conceptos de psique, cuerpo, sujeto, síntoma, neurosis, goce, deseo y fenómeno psicossomático para dar una explicación más amplia al trastorno de somatización y su relación con las anteriores nociones que amplían el marco de comprensión de la clínica psicoanalítica.

Dentro de la metodología, se abarca el tema de la neurosis histérica y la importancia de las génesis del trastorno de somatización, fundamentales para comprender el origen de enfermedades psicossomáticas y las causas que la generan. Otro de los aportes importantes de este proyecto de investigación es la comprensión que se plantea acerca de los cuadros clínicos de los trastornos somatomorfos que se encuentran en los manuales diagnósticos del DSM y la explicación de la génesis a partir de la existencia de los estudios psicoanalíticos, como también la explicación del trastorno somatomorfo y la aparentemente existencia en el DSM I y II, y la fragmentación del DSM-IV y desaparición en el DSM-V (Rodríguez, Calderón & Perona, 2014).

Se expondrá del mismo modo la ubicación del trastorno de somatización dentro de los manuales diagnósticos, en los cuales están incluidos los trastornos somatomorfos y los cuadros que los diferencian. El trastorno somatomorfo aparece delimitado, definido y planteado en el trabajo de investigación con el fin de explicar su origen. Entre los trastornos dentro de los

cuadros somatomorfos, se encuentra el trastorno de somatización el cual explica de dicho modo, la importancia de cómo se generan los síntomas físicos, vinculado a la etiología de la histeria y frecuentemente relacionado con el síndrome de Briquet.

Continuamente se da una breve explicación acerca del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*, según Mendoza (2014) en el capítulo *Trastorno de síntoma somático vs Trastorno somatomorfo*, en el cual, explica la desaparición de los trastornos somatomorfos, apareciendo un nuevo cuadro llamado trastornos de síntomas somáticos, con el fin de eliminar la superposición y aclarar los límites dentro de los diagnósticos. Más adelante se exponen las generalidades y aspectos del nacimiento del trastorno somatomorfo y por ende del trastorno de somatización, los cuales provenían de la neurosis histérica, según esta autora. Además, Freud indicaba que los traumas psicológicos que ocurrían en la infancia y muchos de estos de tipo sexual, eran los que generaban la patología histérica, a esto se le denominaba mecanismo de la conversión, pues se trataba de explicar que los conflictos psíquicos experimentados en la vida del sujeto podrían ocasionar más adelante traumas en la vida adulta. Luego de los anteriores planteamientos, surgieron las formulaciones teóricas con respecto a la formación de síntomas neuróticos (DSM-V, 2013).

Siguiendo a la misma autora, en el esbozo histórico se plantea la aparición de los manuales diagnósticos, el DSM-I estuvo ligado a los trastornos psiconeuroticos de origen psicógeno, el DSM-II el grupo de neurosis histérica se caracterizaba por poseer dos tipos de trastornos, el de conversión y el de tipo disociativo, y la hipocondría fue considerada como una categoría de

neurosis independiente de la neurosis histérica (Calvo, 2015, p. 1). Sin embargo, en el DSM-III, la histeria desaparece y en su lugar, aparece los trastornos somatoformes y el trastorno disociativo.

En el DSM-III se incluyen en los trastornos por ansiedad, las neurosis de angustia, fóbica y obsesivo-compulsivo; en los trastornos afectivos apareció la neurosis depresiva, en los trastornos somatoformes agruparon la histeria (tipo conversión) y la hipocondría; en los trastornos disociativos se clasificaron la neurosis histérica (tipo disociativo) y de despersonalización y se eliminó la neurastenia. El DSM-III no se diferencia mucho del DSM-III-R, siendo este último más completo en la aclaración de los criterios diagnósticos. Lo mismo ocurre con el DSM-IV y DSM-IV-R, en los cuales aparecen los trastornos somatomorfos (Calvo, 2015).

Según López & Belloch (2002), en el año 1980 se comienza a utilizar el término trastorno de somatización como diagnóstico oficial a partir del DSM – III (APA), a partir de la aparición de este manual, se incluye por primera vez la categoría de los trastornos somatomorfos, teniendo presente que algunos aspectos importantes del trastorno, se mantienen vigentes en los contenidos del DSM – IV. A partir del manual DSM – III, comienza la idea de desaparecer el síndrome de Briquet por el trastorno de somatización.

Con respecto a la CIE, el concepto de trastorno de somatización no fue incluido hasta su décima versión (OMS, 1992), siendo conceptualizado por la CIE-9 como un tipo de histeria, sin

especificar criterios para el diagnóstico (Tomasson et al, 1993)” (López & Belloch, 2002, p. 82). Ambas clasificaciones como la CIE-10 y el DSM –IV plantean distintas definiciones de acuerdo al trastorno de somatización. La CIE – 10 no toma en cuenta la cantidad de número de síntomas para determinar un caso de trastorno de somatización, en este mismo sistema de investigación de la CIE – 10 (OMS, 1993). Por otra parte, el DSM-IV si puntualiza en cuanto a las definiciones que aparecen en los desórdenes mentales. El trastorno de somatización es entendido entre el manual diagnóstico (DSM), como un trastorno polisintomático que persiste durante varios años.

López & Belloch (2002) plantean siguiendo a García Campayo & otros (1995); Kisely & otros (1997); que el trastorno de somatización ha sido asociado al trastorno depresivo, varios autores hallaron en dichas perturbaciones relación con la población psiquiátrica como también en la atención primaria, es decir, los pacientes somatizadores tienden a sufrir de problemas psiquiátricos, mucho más que otros pacientes con síntomas físicos de enfermedad. Igualmente, López & Belloch, citando a Escobar & otros (1998); Gureje & otros (1997); indican que los pacientes que presentan depresión, tienen un mayor índice de síntomas somáticos que otros pacientes no depresivos.

El término de somatización dentro de la literatura científica posee un significado y delimitación diagnóstica que no está claramente establecida y aparece tratada en el campo de la psicopatología, la clínica psicológica y psiquiátrica, en la cual, la somatización se define como una interpretación de expresión de malestar psíquico, ya que de forma general, la noción de

somatización, no se refiere a una queja física que produce malestar, pues no se han hallado causas orgánicas que expliquen dicho trastorno.

En la segunda parte del marco teórico, se plantea la teoría, clínica y cura psicoanalítica, el objetivo es exponer los contenidos fundamentales del psicoanálisis como teoría, clínica y cura, comenzando por el esbozo histórico a partir de la representación autobiográfica de Freud y sus famosas conferencias de 1915-1916, tituladas “lecciones de introducción al psicoanálisis”, antes de la presentación autobiográfica, en 1924-1925, Freud plantea su *Esquema del psicoanálisis* y alrededor de la presentación autobiográfica 1925-1926, Freud elabora su famoso artículo, *¿pueden los legos ejercer el análisis?* En 1931-1932, Freud nuevamente se preocupa por exponer de forma general al psicoanálisis, en tanto teoría, clínica y cura; a parte de los aportes sociales, en *Nuevas lecciones de introducción al psicoanálisis*. Y sin embargo, ya hacia el final de su vida vuelve al tema en *Compendio del psicoanálisis* 1938 – 1940.

En cuanto a la historia del psicoanálisis se plantea que es una disciplina fundada por Freud, es un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias como por ejemplo los sueños, las fantasías y delirios de un sujeto. El psicoanálisis también es un método terapéutico en la cual es importante la escucha por parte del analista y que dentro de dicho análisis se genere transferencia (1974). “Se llama psicoanálisis a la labor mediante la cual se trae a consciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 329). El psicoanálisis es una disciplina que abarca muchas teorías y establece fines terapéuticos, con el fin de eliminar los síntomas que

se presentan por medio de causas de conflictos anímicos que se encuentran en el inconsciente del sujeto.

A comienzos del siglo XX, aparece los planteamientos del esquema del psicoanálisis con la obra "*La interpretación de los sueños*" creada por Freud en 1900, la historia de esta obra, comienza por la descripción de las influencias que presidieron su génesis. El psicoanálisis era una disciplina conocida en esta época por la comprensión que se tenía de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas "funcionales", para dar explicaciones más allá de un diagnóstico médico en cuanto al tratamiento. Los neurólogos formados bajo la disciplina de la ciencia médica, se basaron en hechos químicos, físicos y patológico-anatómicos, influenciados a lo último por los descubrimientos de Hitzig y Fritsch, Ferrier, Goltz y otros, que demostraban gran interés e íntima relación con algunas funciones y determinadas partes del cerebro. (Freud, 1981)

Por otro lado, lo concerniente a lo psíquico, lo dejaban de lado y se lo abandonaban a los filósofos, místicos o curanderos. En ese mismo momento, la histeria no tenía acceso al estudio médico, en el año 1885, cuando Freud se encontraba estudiando en la Salpêtrière, pudo observar que las parálisis histéricas se consideraban como causa de ligeros trastornos funcionales, incluyendo las partes del cerebro que a consecuencia de dicho trastorno, surgían las parálisis orgánicas (1981). La historia del psicoanálisis explica el método psicoanalítico a partir de una influencia psíquica de un orden diferente que él llamó el manejo de la transferencia: forma en la que cree Freud que puede recuperar los motivos del enfermar humanos, cuando el paciente se

compromete a sustraer toda influencia moral o psicológica que le impediría hablar de sus más profundos secretos (Freud, 2015).

Terminando con la parte dos del marco teórico de la clínica psicoanalítica, se describe la estructura clínica de las neurosis, los cuadros que la componen, entre ellas los tipos de neurosis, las neurosis de transferencia, la histeria y la neurosis obsesiva. Las neurosis actuales, como la neurastenia, la hipocondría y las neurosis de angustia, entre estas las neurosis mixtas compuestas por la angustia, la hipocondría y las fobias. Más adelante se plantea el texto inhibición, síntoma y angustia para dar una explicación más completa de las neurosis de angustia, e igualmente los modos de formación de síntomas y angustia y vida pulsional para comenzar a definir los conceptos fundamentales del psicoanálisis que explican de una u otra forma el funcionamiento de los síntomas y el sentido de estos mismos. Los siguientes conceptos expuestos son: cuerpo, psique, síntoma, goce, deseo, sujeto y fenómeno psicósomático.

Para finalizar, se realiza una recolección de hallazgos relevantes encontrados mediante la revisión realizada en este trabajo de investigación y que se encuentran directamente relacionados con el tema en estudio. Para culminar con la argumentación de una discusión y conclusiones relevantes, como por ejemplo, exponer el objetivo por el cual surgió el DSM- V, críticas frente al nuevo manual diagnóstico, por la desaparición de varios cuadros del trastorno somatomorfo, la importancia de los aportes del psicoanálisis y sus conceptos fundamentales como angustia, neurastenia, hipocondría y la histeria de conversión, cuerpo y relación con la psique, goce, síntoma, fenómeno psicósomático y causalidad psíquica, para explicar cómo se forma la somatización, sin olvidar la influencia de la psique en la salud mental y física del sujeto.

También, la escucha como método en análisis, el objetivo ético del psicoanálisis que es hallar la cura y las significaciones más importantes que se encuentran dentro de la clínica de las neurosis, el deseo inconsciente del sujeto, la angustia causada por la inhibición de la función sexual y puntos de vista frente a la salud mental. De igual forma se presenta la sección de referentes bibliográficos en la cual se consignan todos los autores y proyectos de investigación relacionados con la temática del trastorno psicósomático.

1. Presentación del trabajo de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

El presente trabajo de investigación plantea la importancia de un entendimiento del trastorno de somatización a partir del esclarecimiento que posibilitan la teoría y clínica de las neurosis (actuales y de transferencia, según los términos de Freud). Trastorno de somatización que es uno de los problemas que más experimentan las personas en la actualidad vivido como un malestar psicológico.

El trastorno de somatización se caracteriza por presentar síntomas somáticos que no son explicables, el cuadro que lo representa es crónico asociado a un significativo distrés psicológico que puede limitar el funcionamiento social y ocupacional del sujeto. Los síntomas pueden permanecer por varios años y comenzar antes de los 30 años de edad, según investigaciones (v. gr., Ortiz & Erazo, 2005, p. 27).

Según la clasificación del CIE-10 (OMS, 2007) el trastorno de somatización (código: F45.0), presenta rasgos característicos y principales tales como síntomas físicos múltiples, recurrentes y frecuentemente cambiantes, de al menos dos años de duración. La mayoría de los pacientes que manifiestan este tipo de trastorno, tienen en su historia una larga lista de contactos con servicios de salud de atenciones primarias y especializadas, a partir de los cuales han surgido múltiples pruebas negativas y operaciones exploratorias inadecuadas. Los síntomas pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo u organismo con la posibilidad de volverse crónicos y

variantes durante el transcurso de su desarrollo, muchas veces este trastorno es causado por alteraciones de la vida social, familiar o problemas personales. (OMS, 2007, p. 130).

Los trastornos somatoformes y los desórdenes que aparecen en sus cuadros diagnósticos, pueden provenir de lo que en lenguaje freudiano, son las neurosis. Según Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, plantea que los traumas psicológicos que ocurrían en la infancia y muchos de estos de tipo sexual, eran los que generaban la patología neurótica, por ejemplo la histeria, a esta formación la denominó el fundar del psicoanálisis, conversión, o un paso del nivel psíquico al somático o en otro sentido, conflictos experimentados en la infancia en aquel nivel, son “resueltos”, más adelante en la vida juvenil o adulta, por conversión, produciendo síntomas en el nivel somático.

Del predominio de la clínica de la neurosis y los estudios de la histeria, planteados por Breuer y Freud (1895-1980), surge más adelante-dentro de los finales del siglo XX- la clasificación de los trastornos somatomorfos, catalogados en el manual diagnóstico de la asociación psiquiátrica americana (APA). El trasegar básico de este tipo de clasificación se resume en la aparición del DSM-I, en el que se unieron todos los trastornos psiconeuróticos de origen psicógeno. “En el DSM-II el grupo de neurosis histérica se categorizó a través de dos tipos de trastornos, el de conversión y el de tipo disociativo, y la hipocondría fue considerada como una categoría de neurosis independiente de la neurosis histérica” (Calvo, 2015, p. 5).

En el DSM-II se reemplazó el nombre de la categoría trastornos psiconeuróticos por el de Neurosis para referirse a los trastornos donde surgía la angustia como característica principal que

aparecía en las “neurosis: de angustia, histérica (de conversión y disociativa), fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca”. (Clavo, 2015, p. 5). En el DSM-III, fue más visible las transformaciones en el método e idea psicopatológica, tanto que el término de histeria desaparece y es sustituido por dos categorías diagnósticas, una son los trastornos somatoformes y la otra se denomina trastorno disociativo ; en los trastornos somatoformes agruparon la histeria (tipo conversión) y la hipocondría; y por último, en los trastornos disociativos se clasificaron la neurosis histérica (tipo disociativo) y de despersonalización, la neurosis neurasténica, en cambio, se eliminó” (Calvo, 2015, p. 5).

Ya en “ el DSM-IV se encuentran las mismas categorías que en el DSM-III-R, pero se introducen elementos de simplificación y clarificación de los criterios diagnósticos” (Calvo, 2015, p. 6). El DSM-IV plantea que dentro de los trastornos somatoformes existe la presencia de síntomas físicos, pero no con una explicación médica u orgánica.

Sin embargo la historia es más compleja que lo referenciado y simplificado como historia de los manuales diagnósticos de la APA. El concepto diagnóstico actual de trastorno de somatización inicia como término y posibilidad dentro de los años sesenta, en aquel entonces se basó en la obra de los autores como Perley (1962), Guze (1967) & Woodruff (1968). El objetivo principal fue identificar una situación clínica que pudiera ser diagnosticada de manera consistente y cuestionable. A pesar de lo claro o específico que fuera el diagnóstico, el número y variedad de los síntomas, complicaban la comprensión de la patología y por ende la condición completa del cuadro era escasamente detallada. Por lo anterior, “el DSM-IV simplificó los criterios de modo que llegaran a ser fácilmente aplicados en un encuadre clínico” (Ortiz & Erazo,

2005, p. 26).

El trastorno de somatización empezó a entenderse como una particular relación entre psique y cuerpo. La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido notablemente importante para explicar dicho trastorno somático. En el campo de la salud mental hallaron traumas psíquicos que se generaban a causa de otros traumas de índole familiar, civil y bélica. Los estudios clínicos ligaron determinados tipos de traumas causados por diversas sintomatologías somáticas, como por ejemplo, experiencias de abuso sexual que ocasionan problemas de síntomas ginecobstétricos o gastrointestinales inexplicables; personas en situación de desplazamiento y refugio, que han experimentado conflictos y en consecuencia, presentaron ceguera psicogénica. (Florenzano, Fullerton, Acuña, & Escalona, 2002).

Según lo planteado por Pizarro (2004), el término “trastorno de somatización” ha ido variando en las clasificaciones psiquiátricas, se desarrolló en el siglo XIX y parte del XX asociado a los estudios sobre la histeria y los síntomas neuropsicológicos, aparentemente implicados en este trastorno, siendo importante el término psicósomático utilizado por Heinroth en el siglo XIX que visibilizó este tipo de trastornos –psicósomáticos.

Dentro de la investigación de los trastornos psicósomáticos es relevante mencionar en el año de 1930, que Franz Alexander dio a conocer estos trastornos precisando el concepto de trastorno somático, más adelante, este mismo fue reemplazado por la fuerza de la investigación comportamental en las ciencias psicológicas por el de trastornos psicofisiológicos, que

pretendían precisar de modo objetivo lo que se nombraba como soma y cuerpo en la denominación de Alexander, luego en las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) se denominan trastornos somatomorfos, evitando llamarlos psicofisiológicos por la implicación etiológica y teorica-comportamentlista que este término tiene; orientación que también es utilizada para evitar el término psicósomático por su raíz psicoanalítica: actitud que se consume de forma sistemática desde el DSM-III hasta la actualidad, es decir los manuales diagnósticos de la APA no estudian las etiologías ni las explicaciones teóricas de los cuadros clínicos (Florenzano Fullerton, Acuña, & Escalona, 2002).

Así mismo, fue desapareciendo la neurosis en el DSM, pues no se consideraban ya importantes los aportes de la teoría clínica psicoanalítica para dar a entender la comprensión y explicación de los trastornos de somatización. No se consideró así, porque no se demostraba la existencia de la etiología inconsciente o al menos su utilidad como hipótesis para el discernimiento objetivo de síntomas y procesos.

En este esbozo teórico-clínico e histórico, es necesario mencionar las descripciones clínicas de Paul Briquet (siglo XIX) que demuestran la importancia de los estudios sobre la histeria, tanto es así, que para él es una forma específica de histeria conversiva asociada esencialmente a la simulación como un modo de identidad, sin embargo la psicopatología de finales del siglo XX mantiene la intuición clínica de Briquet pero corrige la importancia de la simulación, separando entonces en el DSM-III (1980) los cuadros de somatización de los de simulación y facticios de la personalidad (Ortiz & Erazo, 2005).

El siglo XIX y parte del XX, la clínica clásica fue presa de una doble actitud, de un lado multiplicó los estudios sobre la histeria reconociéndola como un objeto de investigación en sentido estricto, sin embargo, de otro lado, por la multiplicidad sindrómica y etiológica, no fue considerada en pleno rigor una enfermedad o afección; en este sentido, es uno de los méritos de Freud, Charcot, Janet, Bernheim y el mismo Briquet involucrar los trastornos histéricos (conversivos, somáticos y disociativos) como asuntos serios para la ciencia y no como rasgos negativos de la personalidad de los pacientes, que en mucho eran comentarios peyorativos acerca de las mujeres victimizadas y vulneradas del siglo XIX.

También tomó relevancia, así no fuera en los manuales diagnósticos pero si en la clínica, afecciones que están en relación con los trastornos histéricos y la salud general de la población en los finales del siglo XIX y comienzos del XX. Tales afecciones son visibles a través de síntomas clínicos en la denominada neurastenia e hipocondría. Clínica nutrida en la historia clásica de esta disciplina por los aportes teóricos y prácticos del psicoanálisis -no solo de médicos y psiquiatras-, esta disciplina ha brindado comprensión o sentido, desde el análisis de los procesos anímicos, a la prevalencia del uso del cuerpo como ámbito privilegiado para los síntomas; además de posibilitar el estudio del campo de relaciones del paciente con la familia y la sociedad, es decir, los síntomas de los trastornos somatomorfos, psicósomáticos, psicofisiológicos o histéricos, no se pueden explicar sin una serie de relaciones personales y sociales que le dan su sentido e importancia.

Pizarro (2004) citando a Freud (1895; 1905; 1925) plantea que específicamente la mirada psicoanalítica informa que en la histeria ocurren procesos anímicos, los cuales de alguna manera

han sido rechazados o transpuestos en un ámbito diferente (el cuerpo), de ahí la importancia de la clínica psicoanalítica porque pone en consideración asuntos tan importantes como la relación psique-cuerpo; psique-cerebro-cuerpo-organismo. Tal vez por esto se puede observar múltiples maneras de hacer la historia de los trastornos somatomorfos y específicamente los de somatización, tal multiplicidad, incluso lleva al investigador a preguntarse por su existencia real, el lugar preciso en las clasificaciones o qué razones existirían para privilegiar, llamarlas trastornos y no neurosis como lo hace el psicoanálisis.

Es importante recordar a propósito de lo anterior que uno de los momentos más importantes de la relación histórica del psicoanálisis con la psiquiatría es la que aconteció alrededor de la definición, descripción y tratamiento de los trastornos no clasificados como psicóticos, asociados a la cotidianidad y la vida relacional del sujeto, denominados “*neurosis*”. El punto culmen de esta relación giró alrededor de la histeria.

Dentro de la clínica clásica, la neurosis es descubierta y clasificada al menos denominada así por William Cullen a finales del siglo XVIII, él las clasifica al lado de las enfermedades mentales (vesanias), neurosis que tienen por síntomas importantes “la dispepsia, las palpitaciones cardíacas, el cólico, la hipocondría y la histeria”. (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 247-249) Esta visión clínica está relacionada con una serie de localizaciones orgánicas como serían la neurosis digestiva, la cardíaca o la histérica, pero sin inflamación o lesión del órgano interesado, es decir la afección es esencialmente funcional. Hágase la observación del porque más adelante a finales del siglo XIX y comienzos del XX, existiese la posibilidad de hablar de afecciones

psicosomáticas y de sus relaciones con las neurosis freudianas y la neurología moderna (Laplanche & Pontalis, 1974).

El fenómeno de transformación y desaparición o ambigüedad en la clasificación y uso de términos no es nuevo: En el año 1925, Bumke escribe acerca de la neurosis: “Antes había una enfermedad a la que se conocía con el nombre de histeria, de la misma manera que se hablaba de hipocondría y de neurastenia. Hoy han desaparecido. El síndrome ha sustituido la entidad de la enfermedad”. (Maleval, 1994, p. 274). Otro ejemplo de esta situación, ocurre en el año 1929, en el que Moerchen menciona críticamente que “la histeria no es una enfermedad”. Más adelante y a propósito de la fundación de la Asociación Americana de Psiquiatría, se instala progresivamente una posición a-teórica hacia la etiología de la neurosis, es decir, en la práctica significa un rechazo de la existencia de la neurosis.

Esta actitud se cristaliza en el DSM-III 1980, la histeria se difumina entre los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos atípicos, la psicosis reactiva breve, como también los trastornos de personalidad, entre ellos, la histriónica y antisocial (Maleval, 1994). Este autor ha llamado la atención con respecto a que no ha quedado nada del enfoque psicoanalítico a causa de las no críticas frente a descripción de las conductas para aprehender las patologías psíquicas. Más adelante se tiene presente introducir en el DSM-III, alusivamente los mecanismos de defensa para ser introducidos en el glosario técnico y luego transferido al trastorno de conversión hasta llegar también a los trastornos disociativos (1994).

Más adelante y no se siendo poco, acontece la “neo-disociación” entre histeria y trastornos somatomorfos y como el DSM-III no da explicaciones teóricas en cuanto a las elecciones que se refieren a las categorías o clasificaciones que aparece en él, se verificar que los trastornos disociativos establecen un capítulo excepcional en el DSM-III, porque su autonomía se basa en la especificación de un mecanismo psíquico mas no de síntomas y afectos (1994): entonces ¿existe o no existe el trastorno disociativo y de somatización? Separados o juntos en los mismo cuadros en el DSM-III y luego DSM-IV? ¿Cuál es la dificultad exacta para su clasificación adecuada si el manual es descriptivo, estadístico y objetivo? y finalmente ¿es importante o no el psicoanálisis para los manuales de clasificación de la APA?

Se observa que a pesar de la tendencia actual y por más que se mantenga la ambigüedad, la histeria esclarece los cuadros sintomáticos que son integrados en los trastornos somatomorfos considerados en los manuales diagnósticos. Además toma toda relevancia cuando se considera un discurso de la experiencia traumática, no menos verdadera y a la que se le asocia afectos e ideas altamente tensionantes, y no se le puede negar que tenga referencia al deseo insatisfecho y a un mecanismo represivo que se usa por efectos de la relación perturbadora que tiene el sentido de la sexualidad para el ser humano. Así sea escandaloso, estas ideas pueden explicar la producción de síntomas en el psiquismo y/o el funcionamiento del cuerpo: desde Freud, estas ideas no son inválidas ni tampoco serian sin consecuencias, resultando aportes significativos a la clínica y psicopatología del siglo XX y XXI.

Ahora bien, a lo que se quiere llegar en este trabajo de investigación, es plantear la importancia y vigencia de la clínica psicoanalítica de las neurosis, como aquello que podría esclarecer las causas, funcionamiento y sentido del trastorno de somatización definido en el DSM-III (1980), DSM IV (1990) y no incluido en el DSM-V: lo que antes era un tipo clínico (trastorno de somatización) dentro del cuadro trastornos somatomorfos (en los que se incluían además, el de conversión, hipocondriasis, por dolor, fatiga crónica); hoy se ha optado por reunirlos en el título *trastornos somáticos*, o paso de los tipos clínicos a simples síntomas de los *trastornos de síntomas somáticos* del DSM-V.

Estos cambios giran alrededor de las manifestaciones frecuentes de los pacientes y mantienen la idea de eliminar toda aseveración etiológica fundamentada en teorías psicológicas, de ahí la importancia de traer el concepto de neurosis a este contexto, porque una mirada general indicaría que los trastornos llamados somatomorfos y/o somáticos están íntimamente relacionados, lo que en el psicoanálisis se llama neurosis. Aseveración no solamente de los profesionales del psicoanálisis sino de otros campos como Violeta Mendoza en su artículo: *Trastorno de síntoma somático vs Trastorno somatomorfo (2014)*: aquí se explica que desaparece los trastornos somatomorfos y luego son reemplazados por los trastornos de síntoma somático, con el fin de eliminar la superposición y aclarar los límites dentro de los diagnósticos, ya que muchos psicólogos clínicos consideraban que tanto el término como el sistema de clasificación de estos trastornos eran poco concluyentes.

Según lo anterior, con auxilio del psicoanálisis, el presente trabajo de investigación pregunta: *¿Cuáles son las significaciones del trastorno de somatización a partir de la vigencia y*

fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de la neurosis?

Esta pregunta considera que las significaciones implican situar el *lugar* de este trastorno, referido al contexto histórico y asiento en la teoría y clínica (o psicopatología) del siglo XX, XXI y no menos importante, la aceptación o resistencia de las hipótesis freudianas dentro de las clasificaciones contemporáneas. También es necesario situar el *sentido*, que es más que el significado o semántica de un término-clave, su aspecto lógico es más importante y refiere relaciones y orientaciones (retos y perspectivas) que tiene un hecho, un dicho, juicio o un concepto.

Además hay que mencionar que en la obra de Freud y Lacan, sentido es tanto semántico como lógico y por ello ambos autores admiten la hipótesis del sentido sexual e inconsciente de los síntomas, bien sea en el nivel corporal o psíquico. En este sentido, la psiquiatría pasada y presente ha sido ambigua y muy resistente a sacrificar sus hipótesis organogenéticas y psicogenéticas en pro del sentido sexual de los síntomas y del existir humano descubierto por Freud.

Entonces, el significado-implicado en la pregunta de investigación con el término de significación- se refiere a la vigencia y fecundidad explicativa y práctica para el mundo de hoy, de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis. A partir de lo dicho, el eje del trabajo de investigación radica en afirmar que el trastorno de somatización para el psicoanálisis es la expresión de lo considerado por Freud como Neurosis mixtas y además es el modo en que asume el sujeto la angustia combinando manifestaciones tales como expectativa, crisis, letargo,

hipocondría y sus diferentes correlatos psíquicos corporales.

Para responder esta pregunta y sustentar la anterior hipótesis, es necesario orientarse e indagar por la esencia de la clínica contemporánea y cómo en esta se define el *trastorno de somatización*, igualmente, cómo el psicoanálisis, en tanto discurso y clínica, define a las neurosis en el modelo freudiano, y en el modelo Lacaniano, cuáles son las incidencias de este discurso sobre la clínica actual. También es fundamental preguntar por la contribución que el psicoanálisis hace al debate de las relaciones entre lo psíquico y lo somático en la clínica presente, aportes críticos del psicoanálisis al sentido de esta clínica y conceptualmente, precisar la relación que existe entre síntoma, cuerpo, relación psique, goce y fenómeno psicósomático y sus probables contribuciones al esclarecimiento al trastorno de somatización.

1.2 Objetivos de Investigación

1.2.1 Objetivo General

Plantear una revisión teórica del trastorno de somatización a partir de la significación, vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de la neurosis

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir el trastorno de somatización desde la visión clínica del DSM-III – IV-R con el fin de indicar las razones de su definición, manejo y actual desaparición en el DSM – V.
- Establecer las relaciones entre las neurosis y conceptos fundamentales (angustia, neurastenia, hipocondría y la histeria de conversión; cuerpo y relación con la psique; goce, síntoma, fenómeno psicossomático y causalidad psíquica) con el fin de clarificar la posición del psicoanálisis en el debate científico actual sobre las relaciones cuerpo y psique.

1.3 Justificación

El objetivo de este trabajo de investigación es plantear una revisión teórica del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la clínica psicoanalítica de las Neurosis; por otro lado, es fundamental entender la aparición del trastorno de somatización y su relaciones con las neurosis, en donde parece muy relevante reasumir tanto el término como el concepto de neurosis histérica.

El presente trabajo de investigación, a parte del objetivo general indicado en el párrafo anterior, tiene por objetivos específicos, describir el trastorno de somatización desde la visión clínica del DSM III – IV con el fin de indicar las razones de su definición, manejo y actual desaparición en el DSM – V, y en segundo lugar, establecer las relaciones entre las neurosis y conceptos fundamentales (angustia, neurastenia, hipocondría y la histeria de conversión; cuerpo y relación con la psique; goce, síntoma, fenómeno psicossomático y causalidad psíquica) con el fin de clarificar la posición del psicoanálisis en el debate científico actual sobre las relaciones cuerpo y psique. Objetivos derivados de la pregunta de investigación formulada de la siguiente manera *¿Cuáles son las significaciones del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis?*; creando así mismo una monografía documental investigativa, que compone una revisión teórica a partir de postulados psicoanalíticos y clínicos, así como los manuales diagnósticos y artículos que aportan al tema, permitiendo ampliar el marco de estudio y de comprensión actual del trastorno de somatización. Por otro lado, este proyecto de investigación quiere dar cuenta, a partir de los postulados psicoanalíticos, la relación existente entre Neurosis, histeria, angustia, cuerpo, goce, síntoma y

fenómeno psicossomático, posibilitando una descripción y revisión dentro de la misma visión clínica del DSM III, IV y V, precisando con ello las visiones clínicas del psicoanálisis y la psiquiatría americana.

Por tanto, se halló necesario comenzar y explicar la historia de la Neurosis histérica a partir de postulados psicoanalíticos para comprenderla, y como se fue convirtiendo a través del tiempo en una enfermedad psicossomática hasta llegar a ser uno de los cimientos de los trastornos somatomorfos encontrados en los manuales diagnósticos del DSM y cuadros clínicos en los estudios psiquiátricos, en los cuales aparece el trastorno de somatización, que aunque aparece como uno de los trastornos más crónicos por su ausencia de causa orgánica o de origen en alguna dolencia física, no puede explicar a fondo su génesis como podría plantearlo la clínica psicoanalítica; tanto la medicina como la psiquiatría han intentado separar todo planteamiento que surgiera de la unión entre la psiquis y el cuerpo humano y sus consecuencias, o más bien, las experiencias dolorosas del sujeto y la relación con la aparición objetivo y real de una dolencia o enfermedad orgánica.

Según los planteamientos de las teorías psicoanalíticas, los deseos o impulsos que son reprimidos y se encuentran en el inconsciente del sujeto, pueden causar síntomas somáticos, de ahí aparecen conflictos psíquicos que se dan cuando no es expresado dicho deseo y por el psicoanálisis se sabe que puede generarse o producirse una histeria de conversión. A este tipo de síntomas se ha asociado clínicamente una “belle indifférence”, sin embargo en la actualidad a entrado en sospecha esta actitud o comportamientos manifiestos de la histeria, porque, en vez de apoyar su existencia, ha servido más bien para descartar el debate de la existencia de enfermedad

orgánica o más bien, de ser una simple reacción de conversión, esta situación aparece, debido a que esta manifestación comportamental se asocia a la simulación o a los trastornos facticios, no teniendo en cuenta que técnicamente aún en la psiquiatría actual son cuadros y síntomas diferentes.

El tema de la neurosis histérica y la importancia de la génesis del trastorno de somatización son trascendentales para el área de la salud y el campo de la psicología clínica, porque es necesario entender el funcionamiento de las enfermedades psicosomáticas y las causas que las originan, y comprender que muchas veces el paciente llega a consulta con una dolencia física, pero más allá de dicho malestar hay conflictos psíquicos, experiencias traumáticas que ocasionan un trastorno somático y por tanto es fundamental que los profesionales del área de la salud mental den importancia a estas manifestaciones así como a la escucha de estos pacientes.

En el alba del psicoanálisis y aprovechando sus hallazgos sobre el inconsciente y la sexualidad, Freud en el prólogo que le hace al libro de Sandor Ferenczi titulado “el análisis psíquico, trabajos del grupo psicoanalítico” (1910) manifiesta que las neurosis son conocidas como diversas maneras de nerviosidad psíquicamente condicionada, tiende a revelar la relación que estos trastornos guardan con la vida instintiva del sujeto, como también las restricciones y exigencias del medio ambiente y que la cultura misma impone. (Freud, 1910). Con lo anterior, se pretende justificar que muchos de los trastornos somáticos son originados a causa de la vida o experiencias traumáticas que experimentan los seres humanos. Cuando Freud descubrió la neurosis en muchas de sus pacientes, dio cuenta que esta estructura contenían síntomas resultado

de un conflicto psíquico, este se generaba por una experiencia traumática en la enferma, devenido por ejemplo, de una vivencia sexual perturbadora.

En consecuencia La importancia del análisis, comprensión y la revisión del trastorno de somatización a partir de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis, sirve para la psiquiatría entender más el fenómeno que de dicho modo se muestra silenciosamente tras una queja y la presencia de síntomas físicos que no evidencian patología orgánica, sin embargo, la misma perturbación que lleva al paciente a consultar en atención médica, presenta deterioro en las actividades cotidianas, como por ejemplo en el área laboral o familiar.

A pesar de los estudios realizados y con base en casos donde se presencia el trastorno de somatización y los hallazgos que se encuentran en los diferentes manuales diagnósticos, no ha sido suficiente para hallar mejoría alguna de la sintomatología, y que a medida que cambian los criterios del trastorno en las configuraciones de los DSM, no se llega a una conclusión, que si bien estos manuales no pretendan explicar el origen del trastorno de somatización y hacer sugerencias de una posible cura, sería importante que vieran la utilidad orientadora para la investigación de las consideraciones psicoanalíticas, porque pueden aportar a la precisión y rigor diagnóstico.

Por tanto, es necesario analizar a profundidad, dicho trastorno para clarificar las causas del fenómeno, teniendo en cuenta que no solo es un asunto médico de índole orgánica, sino también que entran a interactuar los factores hereditario–genéticos y ambientales, y la importancia de entender la relación existente entre la teórica y la clínica de las neurosis y la génesis o

manifestación del trastorno de somatización. Basta recordad que estos factores son tratados por Freud con el concepto de series psíquicas en el que interviene la interacción entre lo situacional y constitucional en la explicación de la causación de un trastorno psicológico.

Este proyecto de investigación tiene como utilidad académica, generar información acerca de los trastornos de somatización y de cómo éste tiene relación con la Neurosis, además de abrir un marco de comprensión a la psiquiatría y clínica actual de los fenómenos histéricos, el conflicto psíquico y la relación cuerpo y psique.

También, las utilidades que va a generar este proyecto, es comprender abiertamente los cuadros clínicos de los trastornos somatomorfos que se encuentran en los manuales diagnósticos del DSM y la explicación de la génesis a partir de la existencia de los estudios psicoanalíticos, ya que la revisión de los 5 manuales existentes hasta el momento, muestran frente a las neurosis, como en cada uno de ellos, un evidente cambio en la explicación del trastorno somatomorfo: de una aparentemente existencia en el DSM I y II, se pasa a la fragmentación del DSM-IV y desaparición en el DSM-V.

Esta alternancia y ambigüedad, así como cierta imprecisión son más que justificaciones para volver a plantear la vigencia y fecundidad de un concepto estable y rigurosamente establecido como es el de neurosis en el campo psicoanalítico para realizar una revisión y aportación a la clínica del trastorno de somatización y a la misma necesidad de ampliar las explicaciones del psicoanálisis.

1.4 Diseño Metodológico

1.4.1 Enfoque

El enfoque metodológico implementado en el trabajo de grado es de carácter cualitativo y de fines descriptivo y analítico, se orienta a partir de estructuras teóricas, dirección por la cual se pretendió articular la investigación documental, entre los conceptos: síntoma, relación cuerpo - psique, goce neurosis, angustia, estructura histórica, con base en la orientación clínica psicoanalítica.

Según Galeano (2009), dicha investigación documental, nació de la tradición de la investigación documental en la sociología, sus autores clásicos son: Karl Marx, Max Weber y Emilio Durkheim. Los tipos de documentos con los cuales se puede trabajar en la investigación documental, son los documentos escritos, documentos privados como diarios, cartas, memorias, material biográfico o autobiográfico; textos literarios como novelas, cuentos o poesías, obras de arquitectura, y material audiovisual, todo lo anterior con el objetivo de registrar hechos o acontecimientos sociales o de apoyar procesos investigativos.

El diseño utilizado en este trabajo de investigación, es de enfoque cualitativo, el cual utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Hernández Sampieri, Fernández & Bapstista, 2006, p. 8). El enfoque cualitativo se representa como una investigación naturalista, fenomenológica e interpretativa. Las características más importantes del diseño cualitativo son: los planteamientos no claramente definidos o específicos, es fundamental el proceso inductivo en el cual se explora

y se describe para generar perspectivas teóricas, la investigación cualitativa va de lo particular a lo general, se basa en recolección de datos con el fin de expandir la información. La investigación cualitativa genera reflexión de dicho tema tratado vinculando al investigador, construyendo creencias propias sobre el fenómeno estudiado, admitiendo de una u otra manera la opinión subjetiva (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2006).

De lo anterior, el trabajo está constituido por el tema del trastorno de somatización y la explicación del origen de este a partir de la teoría psicoanalítica de las neurosis, que mucho tiene que ver con la mirada subjetiva desde la clínica, un problema que se halla en los sujetos, una manera de reflexionar acerca de dicho trastorno.

A partir de los planteamientos de Galeano (2009) la investigación cualitativa del presente proyecto de investigación, está articulada con base en la investigación documental como anteriormente se planteaba, es una técnica de recolección y validación de información, como también la elaboración de información, el análisis y la interpretación. La estrategia cualitativa de la investigación documental, es la combinación de diversas fuentes como las primarias y secundarias, sus características se han hallado más en los estudios basados en archivos oficiales y privados y en los trabajos de corte teórico, la estrategia investigativa tiene una amplia aplicación en diversas áreas de las ciencias sociales y humanas, como en este caso se da con el campo psicoanalítico y el área de la psicología. Según la autora, dice que “se puede afirmar que casi cualquier tema es susceptible de trabajarse con esta estrategia investigativa” (Galeano, 2009, p. 140).

1.4.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación en el presente trabajo de grado es descriptivo-analítica, en su forma descriptiva da cuenta de las características y propiedades de un fenómeno o concepto. La investigación descriptiva tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio, y se utilizan técnicas, entre ellas, la revisión documental y por otro lado requiere la recolección de datos, análisis y conclusiones, como se data en el presente proyecto de investigación, acerca de los datos recolectados sobre aportes clínicos del campo psicoanalítico y artículos acerca del trastorno de somatización.

Por otro lado, el trabajo de grado también tiene como tipo de indagación la investigación analítica, Bunge (1981), plantea que esta investigación “es aquella que trata de entender las situaciones en términos de sus componentes. Intenta descubrir los elementos que componen cada totalidad y las interconexiones que explican su integración” (Hurtado de Barrera , 2006, p. 106)

La investigación analítica tiene como característica:

La interpretación de lo analizado en función de algunos criterios, dependiendo de los objetivos del análisis. Intenta identificar las sinergias menos evidentes de los eventos analizados. En algunos casos se manifiesta como contrastación de un evento con otro, o la medida en que un evento contiene o se ajusta a ciertos criterios (Hurtado de Barrera, 2006, p. 106).

1.4.3. Método

El tipo de trabajo realizado en este trabajo investigativo es la monografía, que según Eco es “el tratamiento de un solo tema. Se estudian muchos autores pero solo desde el punto de vista de un tema específico”. (Eco, 1991, p. 31). En un trabajo monográfico se mencionan los planteamientos y críticas de diferentes autores, como por ejemplo, en este proyecto de investigación se mencionan importantes psicoanalistas como Freud, Lacan, Soler, Nassio, entre otros, pero solo se mantiene el punto de vista en el tema específico, que en este caso es el trastorno de somatización y su revisión a partir de la clínica psicoanalítica de las neurosis.

La monografía es la realización de un escrito que sobre un tema determinado y único, sirve para ofrecer información crítica acerca del tema planteado en el que aparecen datos sobre el mismo tema; así mismo, como se viene realizando este trabajo con el tema de *la Revisión del trastorno de somatización a partir de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis*, aparecen referencias de artículos, documentos de los cuales se sustrae información que aportan para el proyecto de investigación acerca del trastorno psicosomático y los postulados psicoanalíticos importantes para la contribución del tema.

Por tanto se requiere la recolección y revisión de antecedentes y fuentes bibliográficas que daten del mismo tema que se está investigando, manteniendo durante su realización una postura interpretativa y crítica.

1.4.4 Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos de recolección de información que se utilizaron para la realización del proyecto de grado son:

1.4.4.1. Rastreo de documentos impresos, escritos y digitales:

Se utilizan como técnicas de recolección de datos que sirven para dar soporte al trabajo de grado, por medio escritos teóricos como los informes de investigación, artículos de investigación, de revistas indexadas, libros digitales; cada documento aportando para el tema del trastorno de somatización y basados en escritos psicoanalíticos de fuentes secundarias.

1.4.4.2. Fichas bibliográficas y de contenido:

Las fichas bibliográficas, han servido para categorizar y registrar las fuentes de información divididas en dos temas que conforman la monografía, la clínica psicoanalítica y todo lo referente que aporte al psicoanálisis y por otro lado, las fichas que corresponden al tema acerca de la clínica americana y el trastorno de somatización.

En tanto al contenido, aparecen los resúmenes de los escritos de cada tema con sus respectivas citas textuales y parafraseo, cada información de artículos, documentos y contenidos

de libros acerca del tema, aparecen referenciados en el marco teórico y la cita bibliográfica correspondiente de cada dato.

2 Marco de Referencia

2.1 Antecedentes

Uno de los textos que aporta mayores contribuciones al presente trabajo de investigación es el artículo de J. C. Maleval, *Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX*, publicado por la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en el año 1994, artículo que expone información histórica acerca de una de las estructuras clínicas de las Neurosis, como la Histeria, su nacimiento en la edad media, su rechazo y continua presencia en los cuadros diagnósticos de la clínica psiquiátrica.

Más adelante, en los años sesenta surge el movimiento feminista que logra darle un lugar de comprensión al fenómeno histérico, estableciendo del mismo modo una acción revolucionaria, sin embargo, en la cultura occidental, la histeria era calificada despectivamente en el campo médico, con el objetivo de no ser reconocida en el campo de la psicopatología (1994). Una de las preguntas que se puede extraer de la lectura es: ¿Por qué motivo la ciencia médica intentó desembarazarse de la histeria en el siglo XX?

La histeria fue apelada con varios términos, como estos: “depresión enmascarada”, “depresión somatizada”, “depresión sin depresión” o “depresión sonriente, con el fin de ocultar verdaderamente el estado del sujeto. Luego, la histeria desapareció en los manuales de psiquiatría. Ahora dicho fenómeno es mencionado y tratado solo en el campo psicoanalítico. Se puede plantear hipótesis como: lo que no tiene una explicación o causalidad orgánica, no se

puede considerar una enfermedad para ser tratada seriamente a partir de la clínica médica, algunos psiquiatras y médicos no les interesaba las emociones o malestar anímico del paciente, la medicina no quiso aceptar el discurso psicoanalítico acerca de la histeria y sus vínculos con la sexualidad y la vida pretérita del sujeto. El texto nos sirve para comprender que la histeria aunque haya sido eliminada de los cuadros diagnósticos de los manuales médicos y psiquiátricos, no deja de estar presente en las sociedades actuales, donde se pueden encontrar la mayoría de sujetos enfermos pero aparentemente sanos. Quizá la medicina tenga que abrir de alguna manera su marco de comprensión para entender que más que un soma, un órgano, hay en movimiento conflictos psíquicos, emociones y experiencias traumáticas que enferman a las personas (1994).

Los autores José López Santiago & Amparo Belloch realizaron el artículo investigativo: *Como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización*, avalado en el año 2002 y publicado en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica de la Universidad de Valencia. El presente trabajo tiene como objetivo profundizar en el estudio del trastorno de somatización, su categoría diagnóstica y su diferenciación con el término psicósomático. Según la literatura científica, el término somatización hace referencia a la interpretación de expresión de malestar psíquico más no somático. En el campo de la psicopatología, la somatización aparecen en la categorización del grupo de trastornos somatomorfos en las clasificaciones nosológicas de la CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV (APA, 1995) (2002).

Según Kellner (1991) plantea que el término psicósomático y el concepto de somatización han causado confusión y ambos han sido relacionados, muchas de las profesiones relacionadas

con la salud, como médicos y psicólogos, entre otros, han percibido dichos conceptos iguales, a causa de los aspectos psicológicos y somáticos que presenta cada uno. El término psicosomático se conoce como un proceso psicofisiológico, comprendido como una enfermedad física que está vinculada con los factores psicológicos, lo que genera malestar corporal; por el contrario, el concepto de somatización hace referencia a la ausencia de evidencia de lesión orgánica que explique el malestar del paciente (2002). Este artículo de investigación aporta al presente proyecto de grado para dar a conocer las diferencias que existen entre la somatización y el fenómeno psicosomático contribuyendo al conocimiento del trastorno somático.

El siguiente artículo plantea *Los Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica, de los trastornos de fisiopatológicos al malestar de las mujeres*, elaborado por los autores: Sara Velasco, María Teresa Ruiz & Carlos Álvarez Dardet en el año 2006 y publicado en la Revista Española de salud pública. La investigación hace énfasis a la Red de Género y salud, explicando “las diversas teorías críticas que estudian factores contextuales, de género y subjetivos para los SSCO y sus modelos de atención” (Velasco, Ruíz, & Álvarez , 2006, p. 317).

El objeto del trabajo presente es explicar las teorías y modelos explicativos y de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. Los modelos teóricos relacionan los síntomas con el contexto social, experiencias subjetivas y de género, esta última hace hincapié en el feminismo psicoanalítico en los cuales los eventos sociales influyen en la salud mental de la mujer, como por ejemplo los conflictos de identidad. Los modelos explicativos intentan comprender a profundidad la causa de la aparición de los síntomas somáticos y obtener una visión más holística y así mismo construir el significado subjetivo de los síntomas.

Uno de los aportes más importantes del autor Lucien Israël son los planteamientos acerca del libro “El goce de la histérica”, citado por Otto Dör y publicado en el año 2009. El resumen acerca del libro plantea que Freud, a través del estudio del comportamiento de la histérica, se da cuenta que los síntomas remiten a la sexualidad del inconsciente, el sujeto expresa por medio del cuerpo sus síntomas. El autor plantea que la histérica goza de un deseo insatisfecho, por lo tanto esto le genera malestar y le ocasiona síntomas que aparecen en el organismo. La histérica queda insatisfecha cuando no es reconocida, cuando no es representada y no se le da el lugar que ella cree merecer como mujer (Dörr, 2009), por lo general, la histérica es aquella que quiere o desea lo que no está a su alcance, eso la deja en falta y por tanto le genera angustia, la histérica no quiere a quien la quiere, ella quiere a quien no le responde a su deseo.

Los planteamientos del autor Israël acerca del goce de la histérica, contribuye al trabajo investigativo a comprender el origen y formación de los síntomas y somatizaciones por medio de los estudios de la histeria y su forma de goce, de insatisfacción y lo que le genera.

El artículo de *Cuerpo y psicósomática* realizado por Norma Alberro y publicado en el año 2006, expone una revisión teórica y profundización acerca del tema del fenómeno psicósomático. El objetivo que se plantea de acuerdo a la temática es comprender el concepto psicósomático y la relación con el cuerpo y su funcionamiento psíquico y la pregunta para abordar es ¿Cómo se da la relación entre cuerpo y psique con el fenómeno psicósomático? El artículo *Cuerpo y Psicósomática*, expone el concepto de psicósomática a partir de un enfoque psicoanalítico, explicando al mismo tiempo su relación con el cuerpo y la psique y dando a entender el

surgimiento de la enfermedad somática. Por otro lado, expone como el fenómeno psicossomático puede generarse por medio de diversos factores como la genética, lo biológico, ambiental, social y psíquico comprendido de esta forma por la ciencia médica.

El artículo tiene como fin explicar cómo se origina una patología, en cualquier estructura clínica. Para entender el concepto de psicossomática, es esencial saber diferenciar dos términos básicos. El psiquismo es uno de los términos fundamentales que expresa como se da el fenómeno de la somatización y cómo funciona lo psíquico en la vida del sujeto. El segundo y último término importante utilizado en el campo médico es el soma, el cual se entiende como cuerpo o estructura en la que se instalan todas las enfermedades del sujeto.

Como conclusión, el estudio de las enfermedades somáticas ha abierto voces de discusión para debatir entre las cuestiones psíquicas y corporales, cuyos argumentos han encontrado la relación que hay entre el aparato psíquico y las patologías orgánicas. Las investigaciones en torno al fenómeno psicossomático explican que las experiencias traumáticas o conflictos psíquicos que acaece el sujeto pueden generar de un modo u otro síntomas somáticos que se expresan por medio del cuerpo, también hacen mención de la represión, siendo esta inhibida puede generar fácilmente una lesión corporal, sin embargo, cuando el sujeto manifiesta lo que se halla reprimido, puede conseguir una liberación o descarga de la tensión que le ayuda a desaparecer los síntomas que se hallaban en el cuerpo. Por lo anteriormente dicho, es importante entender cómo se origina una enfermedad psicossomática. Como contribución, este artículo aporta al trabajo monográfico una visión dualista de entender la relación que existe entre psique

y soma, para comprender el fenómeno psicósomático y el funcionamiento psíquico y corporal, responsable de generar una enfermedad somática.

El artículo *Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad*, elaborado por Cristina Di Silvestre en el año 1998 en la Universidad de Chile, aporta al trabajo de investigación a la comprensión del concepto de somatización, causas y consecuencias en la salud del paciente con el fin de abordar dicho fenómeno desde varios postulados.

La pregunta que se puede plantear es: ¿Cómo se concibe la somatización en el campo clínico y qué se entiende por dicho término?, el concepto de somatización se empleó por primera vez en el campo psicoanalítico por Stekel, dicho término era comprendido como un mecanismo de defensa que ayudaba al sujeto a no expresar ansiedad frente a un evento determinado, sino que se manifestaba por medio de un malestar orgánico. Para Lipowski, la somatización “es la tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda por ellos” (Di Silvestre, 1998, p. 181).

En el 2005, en la Revista Médica Clínica de Condes, la Dra. Lina Ortiz & el Dr. Rodrigo Erazo publicaron un artículo llamado *Trastorno de somatización: una relectura del “síndrome de Briquet*, con el fin de dar a conocer a través de un corto recorrido histórico, el surgimiento del trastorno de somatización teniendo en cuenta su origen desde la existencia del síndrome de Briquet para dar respuesta al interrogante: ¿Cuál es la génesis del trastorno de somatización? El artículo comienza explicando los casos que llegan a consulta médica, individuos con síntomas

corporales sin explicación orgánica, por lo cual, los psiquiatras han intentado perfeccionar la comprensión de las patologías representadas en los manuales diagnósticos, y así mismo, evitar la dispersión de criterios en el momento de calificar las enfermedades y cuadros sindromáticos (Ortiz y Erazo, 2005).

En este artículo de Revista, , plantean los antecedentes históricos del trastorno de somatización empleando el referente psicoanalítico de la estructura de la histeria como origen del trastorno del síndrome de Briquet y sucesivamente el nacimiento de los trastornos somatomorfos y entre estos el trastorno de somatización, delimitando el concepto, factores que lo determinan como por ejemplo los biológicos, genéticos y psicosociales que influyen reiterativamente en la salud del individuo y por último, la explicación de las características clínicas.

Lo anteriormente planteado, sirve para conocer el origen del trastorno de somatización nos acerca a una comprensión más completa de las causas que lo generaron y que componente y variantes influyen para que se desarrolle este trastorno y así poder entender como hallar una solución, ya que muchas veces los pacientes creen tener un malestar a causa de factores orgánicos sin tener conocimiento de que muchas de sus vivencias traumáticas le generan síntomas somáticos y que algunas veces la única solución es que el paciente acepte y reconozca la existencia de sus síntomas y por otro lado, se necesita de la ayuda médica, psiquiátrica y psicológica para que el paciente logre expresar y reconocer sus conflictos internos. El artículo contribuye para la elaboración del esbozo histórico y conceptual del trastorno de somatización y a la comprensión de su cuadro sindromáticos, incluyendo las características clínicas, etiología y de tratamiento.

El presente artículo de investigación de la facultad de psicología de la universidad Nacional de Rosario, Argentina, realizado por Mario Sergio Kelman y publicado en el año 2012, presenta un abordaje teórico-clínico con respecto a *La Noción de síntoma en la intersección entre clínica médica y clínica psicoanalítica*, título de la investigación. El artículo tiene como finalidad describir la noción de síntoma en las distintas áreas en las cuales se presenta, como lo son la clínica médica y el campo psicoanalítico. Por consiguiente, se plantea la pregunta: ¿Cómo especificar la controversia que presenta la noción de síntoma entre ambas clínicas?, de lo anterior se puede decir que el síntoma en la clínica médica es una señal y su significado es de orden patológico, partiendo del signo semiológico; por otra parte, el síntoma para el psicoanálisis es un llamado de atención del cuerpo, semiológicamente entendido como signo – síntoma letra.

Así mismo, para ambas clínicas existe una cura diferente, la medicina cuando no encuentra una explicación orgánica, elude el problema o recurre a fármacos para desaparecer dichos síntomas, pero el psicoanálisis intenta poner en medio el discurso del paciente, la palabra para conocer el origen del síntoma, para el psicoanálisis la cura se consigue por medio de la expresión verbal. (Kelman, 2012).

Por lo antes mencionado, es importante tener presente lo que plantea el autor Kelman (2012), diferenciar la noción de síntoma en el espacio de la clínica médica y la clínica psicoanalítica, comprendiendo la distinción de síntoma-signo semiológico y síntoma-letra respectivamente. El artículo contribuye a la presente investigación a conocer cómo opera el síntoma en la clínica médica y clínica psicoanalítica, importante para comprender el asunto de

las patologías, como goza el sujeto con una enfermedad y como ambas clínicas intervienen y dan cuenta del fenómeno.

Recientemente se publicó un artículo en la revista *Poiésis* de la facultad de psicología y ciencias sociales de la universidad Luis Amigó, en el año 2014 el psicólogo Estaban Ruiz elaboró un artículo titulado *El lugar del síntoma en clínica psicoanalítica*, para exponer como opera el síntoma y qué lugar ocupa en el campo psicoanalítico. Ahora bien, ¿Por qué es fundamental conocer cuál es la función del síntoma a partir de la clínica psicoanalítica?, el síntoma ha sido abordado conceptualmente a partir de varios puntos de vista y ámbitos en el área de la salud, para la clínica médica, el síntoma es una manifestación de una enfermedad, dando a entender que algo en el organismo está generando malestar en el sujeto; para la clínica psicoanalítica, el síntoma es una expresión del conflicto psíquico a causa de las experiencias traumáticas del paciente. Freud dio cuenta del malestar anímico cuando comenzó análisis con sus pacientes que se hallaban en una estructura histérica.

Otra función que cumple el síntoma para Freud, es la capacidad de manifestar las vivencias pretéritas o sexuales infantiles, la construcción hereditaria y la predisposición a las fijaciones libidinales, es decir, el síntoma es el retorno de lo que se halla reprimido, todo estos factores causan en el cuerpo del sujeto sintomatologías como forma de protestar contra algo que está perturbando (Ruiz, M. 2014).

A modo de conclusión, para comprender el malestar del paciente, se debe comprender, qué papel juega el síntoma en el cuerpo del sujeto y que lo origina, escuchar al paciente es una

estrategia fundamental que le ayuda al clínico desaparecer o entender dicho síntoma. Este artículo académico ayuda a complementar y entender la noción de síntoma y como es visto y tratado desde la clínica psicoanalítica para dar un marco de comprensión más amplio a las enfermedades sintomáticas o patologías que aparecen sin causa alguna.

Uno de los artículos más importantes en la elaboración del proyecto de grado es “*La actualidad de la neurosis de angustia*” (2008) por Jorge Enrique Correa Uribe, Universidad San Buenaventura. El artículo expone acerca de la neurosis de angustia, término conocido en el terreno psicoanalítico como categoría clínica especificada en la clínica de las neurosis. La Neurosis de angustia surgen en contra posición del concepto de psiconeurosis. “La Neurosis de angustia contribuye al conocimiento de la formación de síntomas en la histeria y la obsesión, y a una reflexión sobre las relaciones de la sexualidad con lo real” (Correa, 2008, p.73).

El artículo de investigación académica, plantea dos postulados a partir de dos autores muy importantes que contribuyen a la teoría psicoanalítica para explicar la clínica de la neurosis de angustia, el primero es Lacan, el cual plantea que “la neurosis de angustia es algo con lo que todavía no sabemos qué hacer” (Correa, 2008, p.76). Para Lacan, la angustia es un estado que genera en el yo un peligro interno y se genera por medio de lo real, Lacan dice que: la angustia es una manifestación específica del deseo del Otro, cuya función no es dirigido a un objeto amado, sino al ser (2008). Y por último, aparece Freud (1925), planteando que los síntomas de los sujetos con neurastenia o neurosis presentan lo siguiente: “están psíquicamente determinados, ni el análisis puede resolverlos, sino que se les debe concebir como consecuencias tóxicas directas del quimismo sexual” (Correa, 2008, p.75).

El presente artículo titulado, *El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: un comentario crítico a la nosografía Americana*”, elaborado por Ignacio Barreira Alsina, del año 2014, explica la incidencia del DSM en la salud mental, exponiendo su evolución como propuesta en la responsabilidad diagnóstica que debe tener el clínico, para así comprender las responsabilidades y limitaciones en el campo clínico. El objetivo de la investigación es exponer los fundamentos teórico-conceptuales y empíricos del DSM y la influencia del campo científico y por ende el planteamiento de las críticas a dicho manual.

Según plantea Barreira (2014) *el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*, paso del nomenclador a la guía de tratamiento apoyándose en la ciencia investigativa, utilizándola como tutora para evita el conflicto, pues antes el DSM como nomenclador, se entendía como una investigación empírica y con la llegada de la ciencia, ahora se considera que el DSM abarca fundamentos científicos. El objetivo del DSM dejó de ser solamente estadístico y pasó a tener estadísticas con base en el método científico, convirtiéndose en una guía de tratamiento, basándose solamente en literatura científica y objetiva.

Más adelante, una vez determinado la orientación epistemológica del DSM, se comienza a analizar la base empírica y a partir de ahí surge el concepto de trastornos mentales y cada uno es definido con la noción de síndrome, como también un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que posiblemente puede estar asociado a un malestar. Anteriormente, la psiquiatría clásica consideraba la palabra “trastorno” y no una “enfermedad”. En conclusión tomada del texto, según Braunstein, (2013) (citado por Barreira, 2014) dice que: “las nosografías psiquiátricas en épocas de Pinel y Kraepelin hubieran pretendido describir la realidad; no

obstante, la psiquiatría, el psicoanálisis y la salud mental han avanzado lo suficiente como para reconocer que las nosografías más que describir la realidad la categorizan”. (Barreira, 2014, p. 127).

El artículo titulado: *Trastorno por somatización: Su abordaje en Atención primaria*, es realizado por Ramiro Eduardo Guzmán Guzmán, en el año 2011, data acerca del tema de la somatización explicado en el DSM-IV, hallado entre los trastornos somatomorfos, los cuales se comprenden como un conjunto de trastornos, denominados también patológicos, a los cuales se les diagnostica la presencia de síntomas corporales pero que no se les encuentra una explicación de causa orgánica. El objetivo del artículo es explicar el trastorno de somatización, su definición, los aspectos clínicos epidemiológicos, etiología, categorización, diagnóstico y tratamiento para explicar y dar a conocer este tipo de problemáticas de dicho trastorno que aparece en atención primaria.

Por consiguiente, el presente artículo, contribuye a explicar la importancia del trastorno de somatización a tener presente en atención primaria, para lo cual el médico da cuenta de las dificultades que puede presentar el paciente, aquellos problemas que no presentan causas evidentes de tipo corpóreo, pues este tipo de trastorno se puede presentar por perturbaciones o conflictos emocionales ligados a complejas interacciones psicológicas, sociales, entre otras lo que puede poner en riesgo la salud física y más aún su salud emocional.

Dentro de los postulados del artículo acerca del trastorno por somatización en atención primaria, se tiene en cuenta la historia del paciente, factores biológicos, ambientales, familiares y

sociales, exámenes físicos y estudios de laboratorio, diagnóstico, tratamientos psicofarmacológicos, con el fin de reunir todas las pruebas posibles y descartar todo posible cuadro clínico para hallar el problema por el cual el paciente se encuentra según el análisis dentro del cuadro de trastornos somatomorfos; que entre las consultas presentadas en atención primaria, se hallan en su mayoría trastornos mentales.

Esta revisión de antecedentes concluye que algunas investigaciones están soportadas con base en las estadísticas y cuantificaciones de los trastornos somáticos, desestimando la nosología y comprensión de los cuadros diagnósticos, lo cual, da a entender que poco a poco ha ido desapareciendo el rigor clínico-diagnóstico dentro de las consultas clínicas, donde el psiquiatra, médico o terapeuta deja de lado la pregunta por el sentido del síntoma. Por otro lado, algunos autores como Lucien Israël, plantean la importancia de comprender como se generan los síntomas a causa de maneras particulares de goce, ocasionando insatisfacción en el sujeto y creando del mismo modo una histeria, que actualmente sería el trastorno de somatización, lo que para Freud significaría manifestaciones modernas originadas por traumas psíquicos.

Los antecedentes surgieron del análisis de información de los textos acerca del trastorno de somatización, y su relación con la clínica psicoanalítica. Lo que se vio en el trabajo de investigación, fue la revisión de dichos antecedentes, pero lo que algunos autores no dieron cuenta, es acerca de la existencia de la neurosis presente en los trastornos, calificados como criterios diagnósticos. Lo que en la actualidad se conoce como síntomas del trastorno somático, son neurosis actuales, las cuales corresponden a las significaciones halladas en el fenómeno,

explicadas a partir de la vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica, lo cual responde a la pregunta de investigación.

2.2 Marco Teórico

Se trata en este apartado de fundamentar teóricamente, según el conocimiento actual de las ciencias y el psicoanálisis, lo que se ha denominado *trastorno de somatización en la clínica contemporánea*. Clínica considerada en términos de definición, discurso, práctica y dirección de la cura. Además se indaga por la interrelación de conceptos, tales como goce, cuerpo, psique, angustia, neurosis (actuales y psiconeurosis) sujeto, síntoma y fenómeno psicósomático. Finalmente, se precisa la contribución que el psicoanálisis hace al debate de las relaciones y dialéctica entre el cuerpo y la psique, intervinientes, además en la causación y origen de las estructuras clínicas, y acción y significado en determinados trastornos, síndromes y síntomas de la clínica contemporánea.

2.2.1 El Trastorno de Somatización y Clínica Psiquiátrica Americana

2.2.1.1 Noción Básica y Esbozo Histórico

La clínica Americana comienza su esplendor a partir de los años 40, en estos años se funda la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ambas se conocen como sistemas clasificatorios. La APA se encargó de la categorización del Manual diagnóstico y estadístico (DSM) y el de la OMS es la CIE o Clasificación Internacional de Enfermedades.

Según Stagnaro (2006) & Laurent (2008) (citados por Barreira, 2014) en la primera edición del DSM apareció como nomenclador en el cual convergían el psicoanálisis freudiano y una concepción psicobiológica influenciada por Meyer.

Según Adams & Haber (1984), Spitzer & Wilson (1992) & Cooper (1988) (citados por Vázquez, 1990), la OMS ha insertado en conjunto los trastornos mentales en diversas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, reduciendo dichos elementos a sencillas nomenclaturas en las cuales no aparecen los criterios diagnósticos de cada patología; su objetivo únicamente era proporcionar información acerca de los índices de morbilidad y mortalidad comparables transnacionalmente.

Más adelante apareció el DSM-I en el año 1952, desarrollando un sistema clasificatorio durante la segunda guerra mundial. “Este sistema surgió como el paralelo norteamericano a la sección de trastornos mentales de la sexta edición de *la Clasificación Internacional de las Enfermedades* de la OMS” (Vázquez, 1990, p. 681). En buena medida los contenidos del DSM-I eran un exponente del papel preponderante que el psicoanálisis ejercía sobre la psicopatología de entonces (Spitzer & Wilson, 1982). ¿En qué sentido?

Este papel puede describirse como el beneficio reconocido por la psiquiatría del siglo veinte de las concepciones psicogénicas o psicodinámicas, básicamente “los descubrimientos fundamentales de la estructura del inconsciente y de su papel patógeno por Sigmund Freud que han revolucionado la psiquiatría clásica o kraepeliniana” (Ey & Bernard, 1975, p. 54). Este

primer manual reconoce entonces que el psicoanálisis Freudiano posibilita, en la clínica, una interpretación de los dinamismos de lo psíquico comprometidos en cualquier cuadro clínico.

En 1968, aparece el DSM-II intentando mejorar algunos aspectos del DSM-I, sin embargo no dejaba de ser un sistema impreciso y todavía con errores, ya que en el manual no se señalaban los síntomas que eran necesarios para el diagnóstico de los cuadros, los cuales, aparecían simplemente explicados de forma indeterminada (1982). Manual, que conserva la importancia del psicoanálisis en tanto teoría del sentido dinámico de la actividad psíquica en la formación de cuadros clínicos.

En el DSM-I (1952) aparecen los principales grupos diagnósticos (Vázquez, 1990, p. 682):

- Síndromes orgánicos cerebrales: Agudos y Crónicos.
- Deficiencia mental
- Trastornos de origen psíquico: Reacciones psicóticas, Reacciones esquizofrénicas, Reacciones paranoides, Reacciones psiconeuróticas, Trastornos de personalidad, Trastornos psicofisiológicos, Trastornos situacionales transitorios de personalidad

Y en el DSM-II (1968) se mantienen estos grupos diagnósticos, sin embargo, hay un enriquecimiento de ellos, o más bien, ciertos cambios en la concepción de los grupos diagnósticos y en el concepto de psíquico y orgánico. Hágase la observación de que en éste manual los cuadros ya no son reacciones sino más bien cuadros constitucionales, se descentra la importancia psíquica hacia una visión más física que puede llevar a la pregunta acerca de la real

importancia de una concepción psicogénica de la enfermedad y paulatinamente existen indicios de una reducción del psicoanálisis a su función terapéutica y no a la clasificatoria; dicho de otro modo, el papel del psicoanálisis en el I y el II, no es más que una interpretación de la actividad psíquica en la formación de los cuadros clínicos y no un método o un concepto de clasificación de dichos cuadros.

Los grupos diagnósticos del DSM-II según Vázquez, (1990, p. 682) son:

- Síndromes orgánicos cerebrales
- Retraso mental
- Psicosis no orgánicas: Esquizofrenia, Trastornos afectivos mayores, Estados paranoides, Otras psicosis,
- Neurosis: fóbicas, Obsesivo-compulsivas, Ansiosas, Depresivas
- Trastornos de personalidad: Desviaciones sexuales, Alcoholismo, Drogodependencias
- Trastornos psicofisiológicos
- Alteraciones situaciones transitorias
- Trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia
- Condiciones sin un trastorno psiquiátrico manifiesto

Los anteriores esquemas clasificatorios tenían algo en común, dificultaban seriamente su viabilidad como herramienta útil, pues se hallaban entre la categorización confusión entre descripción y etiología, también la falta de criterios objetivos para cuantificar y medir los

síntomas e inexactitud para definir entre síntoma y síndrome (1990). Más adelante, en el año 1980 surgió el DSM-III con la firme intención de formular un sistema diagnóstico que logrará destacarse ante los anteriores manuales, reducir dichas limitaciones y frente a sí mismo, mejorar su fiabilidad y utilidad clínica, combatiendo la idea que “desde los años 30 el fuerte influjo del psicoanálisis en la psiquiatría y la psicología Clínica americana creó una fuerte atmosfera de rechazo hacia la clasificación de los individuos en grupos diagnósticos, pues el diagnóstico no se consideraba esencial para la práctica terapéutica” (Vázquez, 1990, p. 683).

La anterior afirmación puede parecer contradictoria con el hecho mencionado de la paulatina reducción del psicoanálisis a su función terapéutica-interpretativa, sin embargo, la razón puede hallarse, de un lado, que el interés teórico del psicoanálisis de los años 30 hasta 70s, no fuera el clasificatorio y diagnóstico, más cercano al enfoque anti-psiquiátrico con el que compartió importancia el psicoanálisis en estas décadas.

De otro lado, y tal vez de un modo más profundo, es necesario preguntar por la concepción de enfermedad mental y de su existencia dentro del campo psicoanalítico, según esta pregunta, pudiera acontecer que si no existe esta concepción pudiera deberse y traslucirse en la afirmación freudiana de que los mecanismos de lo constitutivamente normal son los mismos de lo anormal; sin embargo, esta afirmación freudiana directamente afirma sobre la continuidad entre lo normal y lo anormal y no sobre la utilidad o no de la clasificación y el diagnóstico; bien es sabido que Freud, hijo de la clínica clásica alemana y francesa, acepta la clasificación y la necesidad de diagnóstico, incluso forma su propia nosología y método diagnóstico, reduciendo la cantidad de

posibilidades de enfermedades mentales a solo tres estructuras como son: neurosis, psicosis y perversión.

Más bien, es necesario pensar si dentro de la Asociación Internacional de Psicoanálisis y sus relaciones con la APA hubo el conflicto de la importancia o no del diagnóstico por la posición de algunas escuelas psicoanalíticas asociadas al espíritu anti-psiquiátrico de la inutilidad de etiquetar y verificar la evaluación y las clasificaciones por considerar que el mismo proceso mórbido conlleva a su restablecimiento en el paciente, entonces para qué clasificar y evaluar.

La clínica americana es heredera de la reacción ocurrida en los comienzos del siglo XX a la idea de las enfermedades mentales como entidades esenciales del hombre, la psiquiatría americana participa mínimamente de la idea de las enfermedades mentales como síndromes, más no como entidades, y tanto semiológica como evolutivamente, no se deben a causas de naturaleza esencial, sino que son, en tanto síndromes o reacciones, resultados de etiologías diversas. Esto no quiere decir que la psiquiatría Americana como la psiquiatría del siglo XX descuide la descripción, sino que en vez de observar, más bien cuantifica y mide las frecuencias y prevalencias en que se dan determinados comportamientos reaccionales, por ello, a esta clínica se le suele llamar estadística, descriptiva, sin perder la necesidad de establecer criterios diagnósticos: la pregunta más bien es que concepción de utilidad terapéutica tendría la utilización de criterios diagnósticos (Ey & Bernard, 1975).

Otra fuente en la que se fundamenta la clínica americana, más allá del debate entre la enfermedad mental como alienación o entidad o si es síndrome y reacción a situaciones sociales o psicológicas; esta psiquiatría y clínica muestra que trata de resolver la pregunta de ¿qué es necesario atender clínicamente, la enfermedad o el enfermo?. La psiquiatría americana no es tan optimista para considerar que solo el mejoramiento de las condiciones sociales del paciente cura su síndrome o reacción o que estos se deban a una respuesta ante situaciones sociales, pero tampoco ésta psiquiatría es tan pesimista como para considerar que la enfermedad mental es “una deformación rígida y, por así decir, física del psiquismo” (Ey & Bernard, 1975, p. 55).

La psiquiatría americana es psiquiatría moderna en tanto visible en el DSM-I y II, porque integra 3 niveles: clasificación, diagnóstico y tratamiento de las reacciones y síndromes, considerados desde la organización psíquica, efecto de causas orgánicas, pero en tanto expresa el inconsciente patógeno. El DSM-III en este sentido es “revolucionario”, más bien reduccionista porque elimina estas concepciones integrales, privilegiando no la organización psíquica, no el análisis etiológico y sus explicaciones o constructos internos, sino la forma semiológica y evolutiva del síndrome, es decir interesa describir los comportamientos susceptibles de diagnóstico clínico.

2.2.1.2. Trastornos somatomorfos y de síntomas somáticos

Antes de comenzar a exponer la historia del trastorno de somatización, es importante comprender claramente el origen de los trastornos somatomorfos en los que se incluye este cuadro.

2.2.1.2.1 Ubicación

Dentro de los manuales diagnósticos, están incluidos los trastornos somatomorfos, los cuales están compuestos por un grupo de cuadros que incluyen síntomas físicos como dolor, náuseas, mareos, entre otros malestares orgánicos a los que no se le han podido encontrar una explicación orgánico- funcional apropiada. El trastorno somatomorfo se caracteriza por presentar síntomas físicos, entre ellos, el dolor de cabeza, ceguera, parálisis, entre otros, en los cuales no era posible identificar una evidente patología o disfunción orgánica, sin embargo, era demostrable la vinculación de estos síntomas con factores psicológicos (Calvo, 2015).

Holmes (1991) citado por Calvo (2015) plantea que desde el origen del trastorno somatomorfo, han sesgado a los médicos en creer que dicho fenómeno ha sido más diagnosticado en mujeres que en hombres; ya que posiblemente los varones no eran los que frecuentemente buscaban ayuda o atención médica a causa de este tipo de trastorno, por otro lado, se pensaba que seguramente existía algún factor genético o de tipo fisiológico inferior al trastorno de conversión que predispusiera a las mujeres a padecer el fenómeno somatomorfo (Calvo, 2015).

La somatización establece una característica diagnóstica que particularmente explica que los trastornos somatomorfos, incluyen problemas que la ciencia médica no ha podido aún resolver, pues más allá de la condición clínica, los trastornos somáticos están relacionados a consecuencias de la vida personal del individuo, como por ejemplo a nivel psíquico,

comprendiendo el sufrimiento emocional, los tipos de relaciones interpersonales y problemas de tipo social como por ejemplo las dificultades económicas, como también la parte física que influye en la vida del sujeto. (Calvo, 2015). La autora, plantea que “el DSM-IV, plantea que la característica común del grupo de los trastornos somatoformos, es la presencia de síntomas físicos que sugieren una condición médica general, pero no son explicados por una condición médica general, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental” (Calvo, 2015, p. 6).

En el manual diagnóstico del DSM IV – R aparecen los trastornos somatomorfos, los cuales se caracterizan por presentar síntomas físicos que indican una presencia de enfermedad médica, por tanto, se denomina “somatomorfo”, la cual no puede explicarse por medio de una enfermedad o por los efectos directos de una sustancia u otro trastorno mental como por ejemplo el trastorno de angustia. Los síntomas que presentan los trastornos somatomorfos, producen malestar clínico significativo entre estos el aislamiento social, deterioro laboral, desmejorando en general las actividades sociales del individuo (Calvo, 2015).

Es relevante aclarar que los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos, estos últimos afectan el estado físico sin evidencia de una enfermedad médica diagnosticable que explique dichos síntomas físicos (Calvo, 2015).

En el DSM-IV-R, los trastornos somatomorfos agrupan 6 tipos de trastornos: Trastorno de somatización; Trastorno somatomorfo indiferenciado; Trastorno de conversión; Trastorno por

dolor; Hipocondría; Trastorno dismórfico corporal. Entre los trastornos dentro de los cuadros somatomorfos, se encuentra el trastorno de somatización el cual explica de dicho modo, la importancia de cómo se generan los síntomas físicos, vinculado a la etiología de la histeria y frecuentemente relacionado con el síndrome de Briquet. Ahora, este trastorno de somatización es considerado poli-sintomático y aparece después de los 30 años de edad, persistiendo continuamente en el sujeto. Este trastorno se caracteriza por presentar síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor persistente (Calvo, 2015).

Más tarde, después de 10 años aparece la nueva versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – V*, según Mendoza (2014) en el capítulo *Trastorno de síntoma somático vs Trastorno somatomorfo*, explica que desaparece los trastornos somatomorfos y luego son reemplazados por los trastornos de síntoma somático, con el fin de eliminar la superposición y aclarar los límites dentro de los diagnósticos, ya que muchos psicólogos clínicos consideraban que tanto el término como el sistema de clasificación de estos trastornos eran poco concluyentes.

Los trastornos somatomorfos contenían una terminología inaceptable para los pacientes y se consideraba que esta reflejaba duda en cuanto a la veracidad del sufrimiento del individuo, así mismo se cuestionaba la teoría a la hora de diagnosticar la enfermedad, lo cual ha causado disputas legales, por tanto, desaparecen los trastornos somatomorfos en la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, como también la eliminación de la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de somatización. Ahora, con el nuevo DSM - V, ya no se requiere que los síntomas

sean medicamente inexplicables, pues los sintomatologías podrán estar o no relacionados a una condición médica (Mendoza, 2014).

Según La Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, VA, (Psiquiatría, 2013), desaparecen los trastornos somatomorfos y sus clasificaciones nosográficas, y el trastorno pasa a denominarse: trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados 300.82 (F45.1). El trastorno de síntomas somáticos comprende la siguiente clasificación de trastornos según la asociación Americana de psiquiatría: trastorno de síntomas somáticos; el Trastorno de ansiedad por enfermedad; trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales); los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas; trastorno facticio; Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados y los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados .

Los síntomas que pertenecían al anterior trastorno de somatización del DSM-IV-R pasaron a constituir aspectos importantes del trastorno de conversión y de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

En estos asuntos nosográficos, etiopatogénicos y teóricos, son igualmente importante dentro de la clínica de los trastornos somáticos, el diagnóstico diferencial; es decir, la precisión en, su relación e identificación de síntomas y síndromes, así como de entidades nosológicas y distinguir dichas enfermedades que guardan una relación con el trastorno de somatización. A

propósito de esto, Ortiz y Erazo en “Trastorno de somatización: una relectura del síndrome de Briquet”, precisan el diagnóstico diferencial de los trastornos somáticos:

La Depresión mayor: puede presentar síntomas físicos como por ejemplo un dolor dorsal o lumbar, problemas gastrointestinales, alteraciones de la vigilia y el sueño y cambios de temperatura corporales. La diferencia entre la depresión mayor y el trastorno somático, es que éste último expresa síntomas, pero la depresión mayor particularmente inhiben emociones, y los pacientes depresivos tienden a señalar sus síntomas con resignada aceptación, en cambio, los pacientes con trastorno somático, expresan sus síntomas, su cuadro es dominado a la vez por la tristeza, el humor depresivo y la desvitalización. (Ortiz & Erazo, 2005).

Trastornos de angustia: en los episodios críticos de angustia suelen suceder eventos de ansiedad transitorios en los cuales se presentan síntomas como la taquicardia, sudoración, sequedad de boca, disnea, amenazando la salud del paciente. En los cuadros ansiosos aparecen síntomas somáticos, pero específicamente en los pacientes con crisis de ansiedad o pánico. Generalmente, los síntomas corporales son de carácter agudo y se presentan como episodios breves o pasajeros. (Ortiz & Erazo, 2005).

Hipocondriasis: cuando un individuo presenta hipocondriasis, cree estar enfermo de algo en particular, donde el paciente muestra la detallada descripción de síntomas al médico, acerca de la real dolencia y la gravedad de ésta misma. Los síntomas que presenta este tipo de pacientes tienen a ser crónicos e irreductibles y por lo general, esta dolencia es fijada a un mismo órgano o sistema. (Ortiz & Erazo, 2005).

Trastorno de conversión: en el trastorno conversivo, los síntomas están generalmente relacionados con una lesión de tipo neurológico o sensorial, siguiendo del mismo modo estándares repetitivos. En éste trastorno, los problemas orgánicos se muestran de manera silenciosa, con una aparente negligencia de preocupación, vista como una “*Bella Indiferencia*”, conocida como “*la falta de preocupación exhibida por los pacientes histéricos frente a profunda disfunción corporal*” (Varela , 1996).

Finalizando, dentro de la clínica psiquiátrica americana, es posible considerar como básica las ideas de que la somatización existe y que es diferente a la conversión y al menos didáctica o en forma lógica, podría decirse que la somatización es un término confiable cuando se hace la diferencia explícita con el trastorno de conversión y por ello es comprensible que desde el DSM-I hasta el DSM-IV-TR, con sus debidas limitaciones o confusiones existieron unos grupos diagnósticos llamados trastornos somáticos y similares así como el trastorno de somatización. Tal vez es cuestionable el que se camufle el debate de la existencia y utilidad de la histeria y otras neurosis dentro de la nosografía contemporánea, que si bien es descriptiva y no etiológica, todavía las disciplinas que producen constructos explicativos podrían dan realce a las nomenclaturas y precisiones terminológicas.

2.2.1.2.2. Generalidades y aspectos específicos

El trastorno somatomorfo y los desórdenes que aparecen en sus cuadros diagnósticos provienen de la neurosis histérica, ésta última era comprendida para los griegos y romanos una alteración que solo presentaban las mujeres y denominaban la histeria como Útero. Charcot,

psiquiatra y médico francés, fue el primero en reconocer y describir los síntomas histéricos. Luego aparece Janet y seguidamente Freud, a partir de ahí surge la escuela psicoanalítica (Calvo, 2015).

Según Calvo, Freud indica que los traumas psicológicos que ocurrían en la infancia y muchos de estos de tipo sexual, eran los que generaban la patología histérica, a esto se le denominaba mecanismo de la conversión, pues se trataba de explicar que los conflictos psíquicos experimentados en la vida del sujeto podrían ocasionar más adelante traumas en la vida adulta. Luego de los anteriores planteamientos, surgieron las formulaciones teóricas con respecto a la formación de síntomas neuróticos (Calvo, 2015).

Estas indicaciones de Freud son tan importantes que Chodoff se dedicó a delimitar cinco significados diferentes del término histeria: 1) Trastorno de conversión; 2) Síndrome de Briquet; 3) Un desorden en la personalidad; 4) Un patrón psicodinámico manifestándose en sí mismo como un rasgo de personalidad; 5) Una palabra coloquial utilizada para describir una conducta indeseable (Calvo, 2015).

A propósito del esbozo histórico y de lo dicho anteriormente, en el DSM-I se unieron todos los trastornos psiconeuróticos de origen psicógeno, “En el DSM-II el grupo de neurosis histérica se categorizó a través de dos tipos de trastornos, el de conversión y el de tipo disociativo, y la hipocondría fue considerada como una categoría de neurosis independiente de la neurosis histérica” (Calvo, 2015, p. 1). En el DSM-II se reemplazó el nombre de la categoría trastornos psiconeuróticos por el de Neurosis para referirse a los trastornos donde surgía la angustia como

característica principal que aparecía en las “neurosis: de angustia, histérica (de conversión y disociativa), fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca” (Calvo, 2015, p. 5).

Más adelante, en el DSM-III, el término de histeria desaparece y lo sustituye dos categorías diagnósticas, uno se llama trastornos somatomorfos y el otro se denomina trastorno disociativo. La diferencia entre los dos, radica en que los trastornos somatomorfos se focalizan más en los problemas somáticos. Y el trastorno disociativo está relacionado con fenómenos de tipo cognitivo, dicho trastorno puede producir cambios en la conciencia, en la memoria y en la personalidad del individuo, sugiriendo daños neurológicos (Calvo, 2015).

Con la aparición del DSM-III, se incluyeron y clasificaron como subtipos de los trastornos por ansiedad las neurosis de angustia, fóbica y obsesivo-compulsiva; en los trastornos afectivos incluyeron la neurosis depresiva, en los trastornos somatomorfos agruparon la histeria (tipo conversión) y la hipocondría; en los trastornos disociativos se clasificaron la neurosis histérica (tipo disociativo) y de despersonalización y se eliminó la neurastenia (Calvo, 2015).

Siguiendo a Calvo, es necesario indicar que existen características fundamentales que intervienen en la aparición de los síntomas más relevantes de los trastornos somatomorfos pueden ser referidos a la somatización, o la importancia que tiene las quejas múltiples sobre síntomas físicos (Desmayos, náuseas, debilidad, problemas urinarios, etc.) Los cuales no se fundamentan en causa orgánica alguna. También es necesario mencionar la característica

denominada hipocondría o preocupación, miedo o creencia de padecer una enfermedad grave que surge tras interpretar los signos corporales (bultos, dolor, etc.) incorrectamente.

Además la característica de la conversión que es una pérdida o alteración en el funcionamiento fisiológico (parálisis, sordera, ceguera) que sugiere un trastorno físico, para el que no existe patología orgánica subyacente. También se presenta el dolor somatomorfo, dolor severo y prolongado que, o bien es inconsistente con la distribución anatómica del sistema nervioso, o bien no puede ser explicado a partir de una patología orgánica (Calvo, 2015). Finalmente, el mecanismo dismorfóbico, que es esa preocupación excesiva por algún defecto imaginario sobre la apariencia física.

El panorama en el DSM-IV no es muy distinto al DSM-III, básicamente “se encuentran las mismas categorías que en el DSM-III-R, pero se introducen elementos de simplificación y clarificación de los criterios diagnósticos” (Calvo, 2015, p. 6). Anteriormente, las conceptualizaciones aparecían con más rigor semiológico, precisión en las definiciones, consistencia y amplitud fenoménica basadas en la observación sistemática de varios casos clínicos. Por el contrario, las nuevas nomenclaturas se basan a partir de la práctica. Por ende, es conveniente extraer algunos criterios que permitan ordenar y guiar un diagnóstico (Calvo, 2015).

En el manual diagnóstico del DSM IV – R aparecen los trastornos somatomorfos, los cuales se caracterizan por presentar síntomas físicos que indican una presencia de enfermedad médica, por tanto, se denomina “somatomorfo”, la cual no puede explicarse por medio de una

enfermedad o por los efectos directos de una sustancia u otro trastorno mental como por ejemplo el trastorno de angustia (Calvo, 2015).

Los aspectos específicos en este apartado versan sobre la construcción de una aproximación histórica, dentro de la historia de la clínica, al trastorno de la somatización y su relación con la histeria, en este sentido Bellomo (2004), (citado por Ortiz y Erazo, 2005) señala que la palabra “Histeria” procede del griego “hysteron” y significa “matriz”, lo que llevó a Hipócrates a considerarla una enfermedad exclusiva de las mujeres. De modo explícito, Hipócrates expresó que el útero es el causante del mal e insatisfecho a los deseos genitales atormentando a la enferma. Los tratamientos de aquella época se atribuían técnicas según las bases teóricas; como por ejemplo: “fricción seductora de la vagina”, “aplicación local de sahumerios atrayentes y fragantes” (Ortiz & Erazo, 2005). Con el fin de convencer a la “peripatética viscera” y ponerla de regreso a su lugar de origen.

La histeria era confundida con otras patologías, ya que esta imitaba casi todo lo que ocurría en otra enfermedad. Por tal motivo, la histeria la diferenciaron de toda simulación. En el año 1885, Charcot, -neurólogo francés-, creyó haber diferenciado la epilepsia de la histeria, ya que en ambas patologías, conocidas en aquella época como “neurosis”, se presentaban los ataques convulsivos generalizados, así que más adelante, Charcot llamó a la gran histeria por “histeroepilepsia” para dar cuenta de dichas perturbaciones como lo eran las convulsiones. No obstante, Charcot no estaba seguro si la histeria era propiamente una enfermedad o simplemente *la manifestación desorganizada de una débil constitución nerviosa* (Ortiz & Erazo, 2005).

Con lo anterior, se da paso a la creación de la neuropatología para mencionar la existencia de morbilidades. Así mismo, Charcot crea la Nosografía para clasificar las afecciones, patologías o especies mórbidas en las cuales cada una contiene características distintas que se diferencia de otras enfermedades, sin embargo, cabe aclarar que para Charcot era posible que una persona padeciera de dos patologías a la vez, como por ejemplo de una histeria y de epilepsia o de una histeria y al mismo tiempo de una neurastenia (Ortiz & Erazo, 2005).

Más adelante, bien entrado el siglo XX, (el primer DSM fue divulgado en 1952), los médicos y psiquiatras desarrollan un manual para clasificar las patologías con sus respectivos cuadros diagnósticos, entre estos aparece el trastorno somatomorfo, en el cual incluyen todos los trastornos que presentan síntomas físicos y aparece el diagnóstico actual de trastorno de somatización en los años sesenta, basado en la obra de los autores: Perley (1962), Guze (1967) y Woodruff (1968). El objetivo principal fue identificar una situación clínica que pudiera ser diagnosticada de manera consistente y cuestionable, luego usaron la palabra “estable” para destacar justamente en la problemática del trastorno. A pesar de lo claro o específico que fuera el diagnóstico, el número y variedad de los síntomas, complicaban la comprensión de la patología y por ende la condición completa del cuadro era escasamente detallada. Por lo anterior, “el DSM-IV simplificó los criterios de modo que llegaran a ser fácilmente aplicados en un encuadre clínico” (Ortiz & Erazo, 2005, p. 26).

Los autores anteriormente mencionados, descubren a Pierre Briquet (1796-1881) junto con otros antecesores (François Mai & Harold Merskey), según las observaciones, el *síndrome de*

Briquet clínicamente intachable y poco ha quedado de él en los diferentes manuales, Briquet planteó que: “Los médicos han observado a la histeria como una afección no interrumpida en el tiempo, sin tener una idea exacta ni el entendimiento, de la naturaleza de las alteraciones que existen en los intervalos de las crisis” (Ortiz, & Erazo , 2005, p. 26).

Así como fue olvidado, la magnífica monografía de Briquet sobre el síndrome, e incluso las sugerencias de Charcot en refinar la observación clínica, también fueron olvidadas tanto el de estructuras y cuadros tan importantes como las neurosis y la histeria. Y no menos, ha sido compleja la historia de la misma neurastenia que, sin embargo, se ha conservado en algunas nomenclaturas, disputando un puesto generalizado en el manual, aunque aparece delimitado como – síndrome de fatiga crónica (2005). Frente a esto, luce más confuso el lugar del trastorno de somatización en los manuales, tanto a nivel de nomenclatura como de estabilidad nosográfica.

2.2.1.2.2.1. La somatización: concepto, clínica y significación

El concepto de somatización y los hechos clínicos que le pertenecen, aún hoy, son objeto de discusión, sin embargo, el debate candente también ha pasado por el significado y uso del término: ¿toda somatización es una conversión?, ¿la somatización es un concepto más general que el de conversión?, ¿existen otros procesos distintos al de somatización y conversión?, ¿el campo ha de llamarse psicósomático, psicofisiológico, enfermedad psicósomática o fenómeno psicósomático?

Más allá de cómo llamar el campo –que no es una discusión inicua- existen dos tendencias de respuesta a estas preguntas: una que expresa a Laplanche & Pontalis (1974) –venidos del campo psicoanalítico- que indican que la conversión histérica es distinta, en tanto mecanismo de formación de síntomas al que se conoce como somatización. El eje de la diferencia radica en que la conversión histérica tiene o produce significación simbólica de los síntomas y relación con la historia del sujeto; en cambio en las entidades nosográficas somáticas –con o silencio no orgánica- es más difícil la consideración de una significación simbólica e histórica de los síntomas.

La otra tendencia es integradora porque cuando analiza la historia del concepto, si para Freud fue difícil de demostrarle a la comunidad médica el salto de lo psíquico a lo somático y él mismo mostró una relación a nivel de la sintomatología entre las neurosis actuales y la psiconeurosis, no sería entonces, difícil concebir que dentro del campo de lo psicosomático, la somatización sea un proceso general que alberga a la conversión como un mecanismo específico, es decir, esta última es una somatización.

Lo que se leerá, a continuación es un recorrido por estos debates, porque de todas maneras el psicoanálisis concibe que se puede investigar sobre la distinción clínica entre somatización y conversión pero a nivel de lo teórico-conceptual “sigue resultando difícil de elaborar” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 84). Esta referencia indica entonces, que el debate no es sin importancia y que ambas tendencias sirven para los fines de esta revisión que se propone en esta monografía.

Según lo planteado por López & Belloch (2002) el concepto de *trastorno de somatización* fue retomado en el DSM II de 1968, donde bajo la denominación de *Síndrome de Briquet*, se describe un subgrupo de pacientes histéricos caracterizados por múltiples quejas somáticas principalmente referidas a vómitos, intolerancia a la comida, pérdida de conciencia, cambio de peso, dismenorrea e indiferencia sexual (Chorot & Martínez, 1995).

Cloninger, Martin, Guze, Clayton, 1986; Guze & Perley, 1963; Perley & Guze, 1962. En los años sesenta se delimitan los criterios diagnósticos para el trastorno de somatización. Bajo la designación de *histeria* o *Síndrome de Briquet*, definen un trastorno el cual estuviera caracterizado por la existencia recurrente de síntomas que se dieran a causa de distintos sistemas orgánicos y relacionados con las perturbaciones psicológicas, pero que dichas manifestaciones no estuvieran asociadas a una patología orgánica (López & Belloch, 2002).

En el año 1980 se comienza a utilizar el término *trastorno de somatización* como diagnóstico oficial a partir del DSM – III (APA), a partir de la aparición de este manual, se incluye por primera vez la categoría de los trastornos somatomorfos, teniendo presente que algunos aspectos importantes del trastorno, se mantienen vigentes en los contenidos del DSM – IV. A partir del manual DSM – III, comienza la idea de desaparecer el *síndrome de Briquet* por el *trastorno de somatización*. “Con respecto a la CIE, el concepto de *trastorno de somatización* no fue incluido hasta su décima versión (OMS, 1992), siendo conceptualizado por la CIE-9 como un tipo de *histeria*, sin especificar criterios para el diagnóstico (Tomasson et al, 1993)” (López & Belloch, 2002, p. 82).

Dentro del sistema clasificatorio, el criterio de este trastorno se caracteriza por presentar varios síntomas somáticos en los cuales no se halla explicación médica. Según la organización mundial (1992), de la salud en los criterios de los trastornos somatomorfos, no se aceptan que haya una explicación somática para los síntomas, sin embargo, el comportamiento del paciente comienza a expresar deterioro social y laboral, con esto da cuenta que ciertos síntomas pueden afectar la vida cotidiana del individuo junto con sus emociones (López & Belloch, 2002).

Ambas clasificaciones como la CIE-10 y el DSM –IV plantean distintas definiciones de acuerdo al trastorno de somatización. La CIE – 10 no toma en cuenta la cantidad de número de síntomas para determinar un caso de trastorno de somatización, en este mismo sistema de investigación de la CIE – 10 (OMS, 1993). Por otra parte, el DSM-IV si especifica en cuanto a las definiciones que aparecen en los desórdenes mentales. El trastorno de somatización es entendido entre el manual diagnostico (DSM), como un trastorno polisintomático que persiste durante varios años (López & Belloch, 2002).

Según las diferencias diagnosticas del trastorno de somatización entre los diferentes sistemas clasificatorios:

- Para Perley y Guze el síndrome de Briquet se caracteriza por los recurrentes síntomas que aparecen en diferentes sistemas orgánicos, asociados con el malestar psicológico. No existe enfermedad que se pueda demostrar.

- Según el DSM - III el Trastorno de Somatización se caracteriza por la aparición de quejas somáticas del paciente que se presenta repetidas veces durante muchos años y por consiguiente, se ha buscado ayuda médica y luego de la debida revisión, no aparecen alteraciones físicas.

- Para el DSM III – R el Trastorno de Somatización presenta síntomas somáticos recurrentes y múltiples, el trastorno puede durante muchos años, sin embargo, después de una revisión médica, no le se halla ningún trastorno somático al paciente.

- En el DSM – IV el Trastorno de Somatización se define como el patrón de síntomas somáticos, que se repite muchas veces el mismo problema, son clínicamente significativos. No obstante, no se han encontrado explicaciones somáticas.

- En el CIE – 10 los Trastornos de Somatización se presentan como síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se han encontrado una adecuada explicación somática.

Se han realizado debates en cuanto a los criterios diagnósticos que incluye el trastorno de somatización, tomando en cuenta las diferentes versiones que se han producido al respecto en los dos sistemas: la CIE-10 y el DSM IV. Primero que todo, ha habido una tendencia a disminuir el número de síntomas que se han considerado como somatizaciones, luego se eliminan los que contienen factores o carácter psicológico. Segundo, han disminuido el número de síntomas para realizar el diagnóstico (López & Belloch, 2002).

La inespecificidad de los síntomas que componen el trastorno de somatización, construyen una primordial identidad del diagnóstico diferencial en el que incluyen otros trastornos psiquiátricos. El establecimiento de un diagnóstico diferencial cobra especial relevancia cuando se entienden los trastornos psiquiátricos estructurados y bien clasificados con base en determinados cuadros nosológicos (López & Belloch, 2002).

También, dentro de los trastornos somatomorfos aparece el trastorno de hipocondría, según la APA (1994) lo entiende como el miedo o la preocupación de creer que se tiene una enfermedad grave, así mismo, el DSM-IV establece que cuando el miedo o preocupación ocurren en el transcurso del trastorno de somatización no debe hacerse el diagnóstico de hipocondría. A partir de la opinión de los autores López & Belloch, (2002), plantean que según la regla que exige no hacerse un diagnóstico de hipocondría mientras ocurra el trastorno por somatización, se crea confusión ya que establecer únicamente el diagnóstico de trastorno de somatización cuando se presentan síntomas de somatización e hipocondría, se presuponen que la presencia de quejas somáticas recurrentes va unido al miedo o preocupación por sufrir una patología grave, es decir, que de alguna forma, la somatización involucra preocupaciones hipocondríacas. (López & Belloch, 2002).

Desde el campo de la psicopatología, las somatizaciones aparecen en la categorización del grupo de trastornos somatomorfos en las clasificaciones nosológicas de la CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV (APA, 1995). En el trastorno somatomorfo se encuentran inscritos el trastorno hipocondríaco, el trastorno de conversión, la dismorfofobia y el trastorno de somatización. (López & Belloch, 2002, p. 74).

Hasta ahora se ha expuesto, el sentido de los debates mencionados al interior de la clínica psiquiátrica particularmente americana, sin embargo, dentro de los autores psicoanalíticos, el debate se ha planteado, aún dentro del espíritu del fundador. Freud mismo considero que dilucidar estos aspectos hace avanzar la teoría y clínica de las neurosis.

López & Belloch (2002) dicen que Steckel, al menos oficialmente, quien acuñará el término somatización, autor que lo definió de modo similar al de conversión en términos freudianos, es decir, se transforma la energía psíquica (libido) que ha sido objeto de separación de las representaciones reprimidas y trasladadas a lo somático en la forma de síntomas sensitivos o motores; Steckel aporta con el termino de somatización a la situación que genera, teóricamente, con una “somatización psicógena”-paso a lo corporal- o cuando no se da el traslado, sino que se mantiene en el mismo orden físico.

Hay que recordar que Freud, respecto de la angustia dice que esta puede ser derivación de una insuficiente elaboración psíquica de la libido y en ese sentido habría una conexión entre sintomatologías entre angustia e histeria, por ello Laplanche & Pontalis (1974):

En ambos casos, se produce una especie de conversión. Con todo, en la histeria, es una excitación psíquica la que toma una falsa vía exclusivamente hacia lo somático, mientras que aquí en (la neurosis de angustia) se trata de una tensión física que no puede pasar a lo psíquico y permanece entonces en una vía física. Ambos procesos se asocian con gran frecuencia (p. 254).

Según lo planteado por Steckel (1943), definió el término de somatización como: “el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales” (López & Belloch, 2002, p. 74). Estos autores informan que Kleinman y Kleinman, manifiestan que la somatización es la expresión de un malestar social y personal que se da por medio de quejas somáticas y por ende lleva al sujeto a buscar ayuda médica. (López & Belloch, 2002).

López & Belloch dicen que Bridge & Golderg (1985) han especificado al paciente con somatización, como “psicologizador” con base en cuatro características en las cuales se encuentra un sujeto que ejecuta una actividad manifestando malestar somático, realiza una atribución somática para sus síntomas, si existe la presencia de un trastorno psiquiátrico y por último, la existencia de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico. (López & Belloch, 2002)

Autores como García Campayo (1999); Kellner, (1986); Kirmayer & Taillefer (1996), citados por López & Belloch (2002), plantean que la presencia de síntomas y síndromes se dan probablemente por pequeñas lesiones y alteraciones que son difíciles de descubrir con solo utilizar pruebas de laboratorio, no obstante, aunque la somatización se diferencie de la simulación, han llegado casos a los centros de atención en los cuales se tiende a estigmatizar a los pacientes que presentan frecuentemente quejas físicas sin ninguna explicación médica (López & Belloch, 2002)

De lo anterior, López & Belloch exponen que autores tales como Kirmayer & Taillefer (1996), explican que la medicina occidental, basados en la concepción dualista “mente – cuerpo”, comprenden que un problema físico es más fácil de entender como una enfermedad, más que un problema psicológico, por tanto, para los médicos es imposible entender que existan síntomas somáticos sin un referente orgánico que explique la causa de dicho fenómeno, convirtiéndose así en quejas somáticas indeseables (López & Belloch, 2002)

Es importante explicar en qué se diferencia la somatización y lo psicossomático, ambos conceptos están íntimamente relacionados y muchas veces confundidos como sinónimos. Una de las semejanzas que hay entre estos dos términos son las relaciones que hay entre lo físico y lo psíquico pero desde diferentes puntos de vista (López & Belloch, 2002)

Según Kellner (1991) – citado por López & Belloch (2002), se puede argumentar que los términos psicossomático y somatización han sido confusos tanto para explicar de cada uno, como se han causado los síntomas y síndromes. Muchas de las profesiones relacionadas con la salud, como médicos y psicólogos, entre otros, han percibido dichos conceptos iguales, a causa de los aspectos psicológicos y somáticos que presenta cada uno (López & Belloch, 2002)

El término psicossomático consta de un proceso psicofisiológico, es decir, una enfermedad física que está vinculada a factores psicológicos, como por ejemplo, los procesos emocionales que pueden influir en los trastornos psicossomáticos, donde hay presencia de dolencia corporal y

componentes psicológicos que posibilitan un malestar o perturbación en la vida cotidiana del individuo. Como el autor Valdés (1991) expone, citado por López & Belloch (2002):

En la práctica médica cotidiana, se considera trastorno psicósomático a todo síntoma o molestia que no encaja en ninguna entidad nosológica y que, a falta de hallazgos biológicos justificativos, prejuzga la participación etiopatogénica de «factores psíquicos».

Por otro lado, la somatización no aparece con un diagnóstico comprensible, pues hay ausencia de evidencia de daño orgánico que justifique la queja del paciente. Valdés (1991), aclara y especifica que en la práctica médica, el trastorno psicósomático es causado por síntomas que no aparecen en ninguna entidad nosológica, pero tanto para clínicos como pacientes, la falta de hallazgos biológicos produce aprensión por la participación etiopatogénica de “factores psíquicos”, es decir, la visión organicista es tan tradicional y acentuada en la tradición occidental que esta consideración etiopatogénica puede causar disonancia cognoscitiva en el personal de las instituciones de salud (López & Belloch, 2002)

López & Belloch plantean siguiendo a García Campayo et al., 1995; Kisely, Goldberg, Simón, 1997; que el trastorno de somatización ha sido asociado al trastorno depresivo, varios autores hallaron en dichas perturbaciones relación con la población psiquiátrica como también en la atención primaria, es decir, los pacientes somatizadores tienden a sufrir de problemas psiquiátricos, mucho más que otros pacientes con síntomas físicos de enfermedad. Igualmente,

López & Belloch, citando a (Escobar, Waitzkin, Sil ver. Gara & Holman, 1998; Gureje, Ustun & Simón, 1997); indican que los pacientes que presentan depresión, tienen un mayor índice de síntomas somáticos que otros pacientes no depresivos.

Más adelante, surge el término de *depresión enmascarada*, que sirve para indicar la presunción de la relación entre somatización y depresión, según autores como Bridge & Golberg, (1985), (López & Belloch, 2002), la depresión enmascarada es una manifestación de un trastorno depresivo primordialmente mediante síntomas físicos, presentándose de manera intensa y grave más que los síntomas psíquicos, por otro lado, los síntomas emocionales y cognitivos atenuados quedan ocultos.

Hállstrom (1998), (López & Belloch, 2002), a su vez dice que la depresión enmascarada es entendida como un trastorno depresivo que muchas veces puede presentarse con cuadros depresivos, como una depresión mayor o una distimia, los pacientes que llegan a consulta de atención primaria y presentan estos trastornos, aparecen puntuando alto en la presencia de síntomas somáticos y alexitimia, sin embargo, dichos diagnósticos son ignorados en la primera evaluación de consulta médica (López & Belloch, 2002).

Rodríguez Marín (1995), citado por López & Belloch (2002), expone que David Mechanic fue el primero en acuñar el término de “conducta de la enfermedad” como una de las manifestaciones de la somatización, para plantear que ciertas conductas pueden llevar al individuo a preocuparse por sus síntomas y buscar ayuda médica. Pilowsky (1969), más adelante, sugiere que el término más específico es el término de “conducta anormal de

enfermedad”; aclarando dicha noción dentro del cuadro de los trastornos somatomorfos (López & Belloch, 2002). Es fundamental aclarar que “la conducta de enfermedad se considera anormal cuando existe una discrepancia entre la patología orgánica observada y la respuesta que manifiesta el paciente” (López & Belloch, 2002, p. 78).

Específicamente, la propiedad y mecanismo denominados *somatización*, que compone esencialmente al trastorno de somatización, incluidos en los trastornos somatomorfos, ha tenido el debate por la denominación y su concepto. Al respecto Santiago & Belloch (2002) plantean que muchos autores han preferido denominar la somatización como una descripción de síntomas no explicados medicamente frente a los términos somatización o síntomas somáticos funcionales. Esta presente conceptualización involucra la existencia de dichos síntomas, omitiendo alguna referencia de carácter etiológico o teórico, por lo menos de manera general.

Santiago & Belloch, (2002), citando nuevamente a Kellner (1991 – 1994), dicen que este autor defendía una definición basada en el significado que la APA concedía al término de trastorno somatomorfo indiferenciado, en el cual aparecían uno o más síntomas físicos y que por medio de una exploración no se hallaban evidencias de ningún tipo de enfermedad orgánica que explicara el malestar del paciente, o también, cuando existía una patología orgánica, los problemas de índole social, como el deterioro laboral, etc., aparecen de forma desmedida como los síntomas que se manifiesten.

Finalmente, el término de somatización dentro de la literatura científica posee un significado y delimitación diagnóstica que no está claramente establecida y aparece tratada en el

campo de la psicopatología, la clínica psicológica y psiquiátrica, en la cual, la somatización se define como una interpretación de expresión de malestar psíquico, ya que de forma general, la noción de somatización, no se refiere a una queja física que produce malestar, pues no se han hallado causas orgánicas que expliquen dicho trastorno.

2.2.2. Teoría, Clínica y Cura Psicoanalítica

El objetivo de esta segunda parte del marco teórico, es mostrar los contenidos fundamentales del psicoanálisis como teoría, clínica y cura. Para tal fin se hace un recorrido histórico para lo cual se utiliza la mirada retrospectiva de Freud en su “presentación autobiográfica”, (Freud, 1925).

2.2.2.1. Esbozo histórico

La primera presentación del desarrollo y el contenido del psicoanálisis la que expuso Freud en 1909, en cinco conferencias pronunciadas en la Clark University de Worcester, Massachusetts. El médico analista también conocido después de sus grandes obras como el padre del psicoanálisis, estuvo invitado junto a Jung, a los homenajes que se realizaron en el vigésimo aniversario de la fundación de ese instituto. Freud accedió a escribir una colaboración acerca del psicoanálisis para una obra colectiva compilada en Estados Unidos; gracias a esa publicación, que ocurrió a comienzos del siglo XX. Freud había reconocido la importancia del psicoanálisis concediéndole un capítulo especial. Entre sus escritos se encontraba «Contribución a la historia

del movimiento psicoanalítico» (1914d), uno de los textos más importantes que tendría que comunicar en aquella publicación y en aquel lugar donde se celebró el aniversario. Freud, expone la biografía e historia del psicoanálisis de una manera objetivamente, que no es una biografía personal sino intelectual.

Antes de esta presentación autobiográfica y después de las lecciones de EEUU, Freud realiza sus famosas conferencias de 1915-1916, tituladas “lecciones de introducción al psicoanálisis”, antes de la presentación autobiografía, en 1924-1925, Freud plantea su *Esquema del psicoanálisis* y alrededor de la presentación autobiográfica 1925-1926, Freud elabora su famoso artículo, *¿pueden los legos ejercer el análisis?* En 1931-1932, Freud nuevamente se preocupa por exponer de forma general al psicoanálisis, en tanto teoría, clínica y cura; a parte de los aportes sociales, en *Nuevas lecciones de introducción al psicoanálisis*. Y sin embargo, ya hacia el final de su vida vuelve al tema en *Compendio del psicoanálisis 1938 – 1940*.

En la presente monografía, se toma el texto *presentación autobiográfica 1925-1926*, donde Freud, establece de forma sistemática la historia del psicoanálisis y además da cuenta de sus límites y observaciones sobre la eficacia del tratamiento analítico. En el primer capítulo Freud se preocupa por mostrar sus originales culturales y sociales además de su adaptación a la sociedad vienesa sus estudios de bachillerato, universidad y primeros intereses científicos.

El psicoanálisis es la ciencia creada por Freud y sus discípulos para estudio de los fenómenos inconscientes de la mente y de la personalidad (Murguía & Reyes, 2003, p. 127). El

psicoanálisis es una disciplina fundada por Freud, es un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias como por ejemplo los sueños, las fantasías y delirios de un sujeto. El psicoanálisis también es un método terapéutico en la cual es importante la escucha por parte del analista y que dentro de dicho análisis se genere transferencia (1974). “Se llama psicoanálisis a la labor mediante la cual se trae a consciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 329).

Tomando en consideración los planteamientos del libro de Oskar Pfister en el año 1913; escribe que el psicoanálisis surgió como un método terapéutico del campo médico, con la finalidad de tratar ciertos trastornos nerviosos que luego se definieron como “funcionales” y luego fueron conocidas y comprendidas como consecuencias perturbadoras de la vida afectiva del sujeto (Freud, 1910, p. 1935).

El objetivo que tiene el psicoanálisis como disciplina con fines terapéuticos, es eliminar las manifestaciones de los trastornos y sus síntomas. Teniendo en cuenta que los supuestos que evidencia dicho malestar, no son los únicos resultados posibles y definitivos de ciertos procesos psíquicos, tratando de revelar en la memoria la historia evolutiva de estos síntomas, hacer resurgir los procesos que ocasionaron las sintomatologías y luego ponerlas en análisis del médico el cual está guiando la terapia (Freud, 1910, p. 1935).

En *esquema del psicoanálisis (1924)*, esta disciplina comienza con el siglo XX, la obra fundadora es "*La interpretación de los sueños*" (1900). En el esquema, Freud comienza haciendo una descripción de las influencias que presidieron la génesis del psicoanálisis, básicamente el psicoanálisis era conocido en esta época (antes de 1900), por la comprensión que tenía de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas funcionales, y tiene por propósito dar explicaciones, más allá de un diagnóstico médico en cuanto a tratamiento. Los neurólogos formados bajo la disciplina de la ciencia médica, se basaron en hechos químicos, físicos y patológico-anatómicos, influenciados a lo último por los descubrimientos de Hitzig y Fritsch, Ferrier, Goltz y otros, que demostraban gran interés e íntima relación con algunas funciones y determinadas partes del cerebro (Freud, 1937).

Por otro lado, lo concerniente a lo psíquico, lo dejaban de lado y se lo abandonaban a los filósofos, místicos o curanderos. En ese mismo momento, la histeria no tenía acceso al estudio médico, en el año 1885, cuando Freud se encontraba estudiando en la Salpêtrière, pudo observar que las parálisis histéricas se consideraban como causa de ligeros trastornos funcionales, incluyendo las partes del cerebro que a consecuencia de dicho trastorno, surgían las parálisis orgánicas (Freud, 1937)

Ocurría también, dice Freud, que en algunas terapias de estados patológicos como por ejemplo la neurosis, tratada con diferentes medidas de sanación (baños termales, hipnosis, electroterapia, mesmerismo y Shock insulínico), incluso otras formas de intervenir en aquella

época con dicha patología, era la influencia psíquica, por ejemplo, la intimidación y la reprimenda a los pacientes (Freud, 1937, p. 2729)

Desde finales del siglo XIX hasta el final de sus días, Freud a diferencia de su época, no tuvo pasión técnica sino teórica, porque él mismo pensaba que esta última reúne no solo la explicación sino la capacidad de actuación objetiva sobre los fenómenos. En este sentido, la historia del psicoanálisis es la historia de explicar el método psicoanalítico no en términos de intimidación y reprimenda de los pacientes, sugestión o persuasión sino de una influencia psíquica de un orden diferente que él llamó el manejo de la transferencia: forma en la que cree Freud que puede recuperar los motivos del enfermar humanos, cuando el paciente se compromete a sustraer toda influencia moral o psicológica que le impediría hablar de sus más profundos secretos. Este transcurrir histórico de lo exclusivamente técnico a lo teórico es observable en la obra de Freud *compendio de psicoanálisis* (1940).

En el compendio se pretende reunir los principios del psicoanálisis y confirmarlos brevemente posible, basándose en numerosas e incalculables observaciones y experiencias vistas como enseñanzas psicoanalíticas que han logrado alcanzar juicio personal y explicación ante dicha disciplina (Freud, 1940)

A continuación se muestran los conceptos fundamentales del psicoanálisis en términos teóricos, es decir, teoría del aparato psíquico, teoría de las pulsiones y teoría de las cualidades

psíquicas. A continuación se hace una breve definición conceptual de los términos básicos de la teoría freudiana.

Respecto del aparato psíquico, “el psicoanálisis parte de un supuesto básico cuya discusión concierne al pensamiento filosófico pero cuya justificación radica en sus propios resultados”. (Freud, 1938, p. 3379). De lo anteriormente dicho, Freud está haciendo referencia al psiquismo entendido como vida mental, lo cual, son dos las cosas que se conocen: por una parte, su órgano somático y teatro de acción, el encéfalo o sistema nervioso; y por otro lado, los actos de consciencia que ocurren de manera inmediata y cuya intuición no podría reaparecer directamente, mediante ninguna descripción. Se ignora en cuanto a la relación que pueda tener tanto lo psíquico como la parte orgánica, no existe una correlación directa con los dos términos, pues si la hubiera, se podría dar cuenta de la localización exacta de los procesos de consciencia, siendo no muy comprendida dicha situación (Freud, 1938).

Se entiende que la vida psíquica como instancia ubicada en el aparato psíquico ha sido llamada *ello* que tiene por contenido todo aquello que ha sido heredado, innato y más que todo los instintos originados en la organización somática, que alcanzan una primera expresión psíquica (Freud, 1938, p. 3380)

La Teoría de las pulsiones o de los instintos hace mención de la expresión del *ello*, el cual es mostrar el verdadero propósito vital del organismo individual de cada sujeto, como por ejemplo, satisfacer las necesidades innatas. Por otra parte, la tarea principal del *yo*, es buscar la

satisfacción en el mundo exterior sin correr mayor peligro; y la misión del *súper yo*, es restringir las satisfacciones al sujeto, una forma de reprimir las necesidades que complacen al sujeto (Freud, 1938)

Los instintos son fuerzas originadas por las tensiones causadas por el *ello*. “Los instintos representan las exigencias somáticas planteadas a la vida psíquica, y aunque son la causa última de toda actividad, su índole es esencialmente conservadora” (Freud, 1938, p. 3381).

La libido es un término derivado por Freud, el cual le da el significado de energía que actúa como substrato de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto, entendido como el desplazamiento de la investidura, en cuanto a la meta comprendida como sublimación, y referente a la fuente de la excitación sexual, como variedad de las zonas erógenas. Para Freud, “la Libido es una expresión tomada de la teoría de la afectividad. La libido puede ser del y “objetal”. (Samat, 2006, p. 27). Entendiéndose libido objetal por la relación con un objeto exterior y la forma de crear una relación con dicho objeto y la relación con el mundo (Freud, 1923).

Ahora bien, hay otro concepto fundamental conocido en psicoanálisis como el estancamiento o éxtasis de la libido, el cual hace referencia al proceso de acumulación de la energía de la libido, incapaz de encontrar un camino para descargar toda la energía acumulada, lo que causa formaciones intrapsíquicas, dando paso a la constitución de los síntomas (Freud, 1938).

No se puede negar que la libido contiene fuentes somáticas que fluyen hacia el *yo* desde diferentes órganos y partes del cuerpo. “Las más destacadas de las regiones somáticas que dan origen a la libido se distinguen con el nombre de *zonas erógenas*, aunque en realidad el cuerpo entero es una zona erógena semejante”. (Freud, 1938, p. 3383).

En el escrito, *tres ensayos para una teoría sexual (1905)*, Freud plantea que el psicoanálisis llega a suprimir los síntomas histéricos, partiendo de la hipótesis de que son la sustitución y transcripción de una serie de procesos, tendencias y deseos anímicos afectivos, a los que un particular proceso psíquico como la represión ha impedido llegar a su normal exutorio por medio de la actividad anímica consciente (Freud, 1905, p. 1189).

Estos complejos psíquicos retenidos en estado inconsciente tienden a una exteriorización correspondiente a su valor afectivo, a una descarga, y la encuentra en la histeria por el proceso de la conversión en fenómenos somáticos; esto es, en síntomas histéricos. Por medio de una técnica especial que permite reducir de nuevo tales síntomas o representaciones afectivas ya conscientes, se puede hallar la naturaleza y el origen de estos productos psíquicos anteriormente inconscientes (Freud, 1905).

Es cierto que el psicoanálisis señala la insatisfacción sexual como causa de las enfermedades nerviosas”. (Freud, p. 1572). Algunos de los estados nerviosos, las llamadas neurosis actuales como la neurastenia típica y la neurosis de angustia pura, dependen evidentemente del factor somático de la vida sexual, sin que poseamos, en

cambio, aún una idea precisa del papel que en ellos desempeña el factor psíquico y la represión. (Freud, 1905, p. 1573).

Más adelante Freud afirma que:

El conocimiento de las enfermedades neuróticas del individuo ha facilitado mucho la comprensión de las grandes instituciones sociales, pues las neurosis mismas se nos revelan como tentativas de resolver individualmente aquellos problemas de la compensación de los deseos, que habrían de ser resueltos socialmente por las instituciones. La desaparición del factor social y el predominio del factor sexual convierten estas soluciones neuróticas en caricaturas inutilizables para cosa distinta de nuestra aclaración de estos importantes problemas. (Freud, 1905, p. 1864).

En relación a las cualidades psíquicas, el punto de partida del estudio psíquico está dado por el singular fenómeno de la conciencia. Muchas personas psicólogas y otras que no hacen parte de este campo de acción, se conforman con aceptar que la conciencia sería lo único psíquico, por lo anterior se puede decir que, la psicología no comprende otro objeto de estudio de la fenomenología psíquica, como por ejemplo las percepciones, sentimientos, procesos cogitativos y actos volitivos. Se ha considerado que dichos procesos conscientes no forman series cerradas y completas en sí mismas, ya que existen procesos físicos o somáticos relacionados con el psiquismo, de modo que solo cabe aceptar que existen procesos físicos o somáticos conectados y correlacionados con lo psíquico, pero, no todos los procesos psíquicos producirían procesos conscientes (Freud, 1934, p. 3387).

Según la hipótesis que plantea el psicoanálisis, es que lo esencialmente psíquico, son supuestos procesos concomitantes somáticos y al comenzar a desarrollarse dicho proceso, empieza la aparición de la abstracción de la cualidad de conciencia (Freud, 1934, p. 3387)

Sin embargo, todo lo referente a la concepción psíquica, ha sido considerada insuficiente, pues no ha tenido apoyo por no ser un concepto preciso y adherido a la ciencia, lo cual ha generado que se hiciera cada vez más definitiva la incorporación de algún concepto de lo inconsciente en el pensamiento psicológico, ya que ha sido un término que causó curiosidad e importancia en el campo psicológico (Freud, 1934, p.3387).

Integralmente la historia del psicoanálisis nos dice que esta disciplina tiene principios y conceptos fundamentales, estos son, el aparato psíquico y su relación con el medio exterior, la función psíquica en el sujeto, una teoría del método de investigación y tratamiento, teoría de la sexualidad, la teoría de la libido, las pulsiones, y una aproximación social y cultural a la vida del hombre moderno y los procesos conscientes de este mismo. Lo que finalmente se resume en la afirmación de Freud (1937) en el *análisis terminable e interminable* que indicaba como fin de un análisis y del psicoanálisis, el liberar al sujeto del sufrimiento de sus síntomas.

2.2.2.2. Clínica y cura del psicoanálisis

2.2.2.2.1. Aspectos generales

Se trata en esta parte de responder preguntas tales como ¿Qué visión clínica o de tratamiento tiene el psicoanálisis?, ¿Qué concepción psicopatológica tiene a partir de su objeto, método y teoría? ¿Qué análisis es necesario construir sobre la teoría y clínica de la neurosis? Esto sirve para darle contenido y validez a la tesis general sostenida en esta investigación, afirma que existe significaciones inherentes al trastorno de somatización y que pueden ubicarse dentro de las llamadas neurosis mixtas, en las que la angustia, el deseo y el goce, son conceptos que dan cuenta de los fenómenos clínicos y sirven igualmente, para reflexionar sobre la vigencia y fecundidad del descubrimiento freudiano, que se refiere a lo que él denomina satisfacción en el síntoma y sentido de los fenómenos psíquicos, ambas definiciones de síntoma (Freud, 1916), que establece un vínculo entre lo psíquico y el cuerpo.

Cualquier autor pos freudiano (en el tiempo) fácilmente afirmaría que la clínica psicoanalítica tiene a pesar de las escuelas y del tiempo, peculiaridades que no desdichan de su unidad, es decir, existen apartados, visiones diferentes, incluso indicaciones terapéuticas diferentes, pero en tanto el psicoanálisis se defina como experiencia y tratamiento, mantiene un vínculo, aún en las diferencias de escuela y vínculo con la teoría y los fines; por ejemplo, Leivi dice que “La clínica psicoanalítica constituye un campo unificado en el cual, si bien es posible reconocer sectores que presentan ciertas peculiaridades que los singularizan, no por eso llegan éstos a conformar campos específicos, comportamientos estancos aislados del resto” (Leivi, 2001, p. 341).

¿Qué es específicamente lo que produce la unidad en el psicoanálisis? Esta pregunta tiene múltiples respuestas, según el contexto de este trabajo de grado, se puede afirmar que todas las escuelas o variantes del psicoanálisis tienen en común el concepto de experiencia y esta dicta que existen dos lugares -analizante-analista- y entre ellos se da un trayecto de vida asociado a los fenómenos de la palabra y el lenguaje, sucintamente podemos decir entonces que la experiencia psicoanalítica es un diálogo, y ese diálogo hace que el analizante se defina como aquel que habla y escucha, Freud diría, intenta ser sincero, porque sabe que la palabra cura, el analista en cambio reúne las dos cualidades del médico en la historia de la humanidad y es aquel que cree que la palabra cura, alivia y consuela, por ende la palabra del analista la ejerce discrecionalmente, es decir, en el momento oportuno, porque de no hacerlo así, la desgasta y no produce el efecto de verdad en el lugar del saber.

Tan importante es este argumento que Freud pregunta en su texto sobre análisis profano: ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Esta pregunta versa sobre las relaciones tanto epistemológicas como pragmáticas por el lugar del médico en la medicina y del analista en las terapias calificadas por Freud del alma y del cuerpo.

Trátese pues aquí, de un debate que expone el ejercicio del profesional en el análisis y sus capacidades para llevar a cabo dicha actividad, pero también aparecen los legos, que de una manera crítica se les impide ejercer análisis por la falta o limitación de conocimiento o capacidades en el campo profesional, sin embargo, algunos legos ejercen análisis en algunos

países, siempre y cuando la persona asuma la responsabilidad de sus actos para con él enfermo, por lo anterior, la pregunta corresponde también a una respuesta espacial. Por otra parte, en otros lugares, la ley es preventiva y estricta en estas formas de ejercer una terapia o un análisis, así mismo, se le prohibía al no médico, atender pacientes.

Correspondiente a la pregunta, ¿pueden los legos ejercer el análisis?, está dirigido directamente a los no médicos, que de algún modo han sido autorizados para atender pacientes mediante el psicoanálisis, conocido este como un procedimientos destinado a curar o mejorar enfermedades nerviosas. Vale aclarar que a los legos no se les permite ejercer el análisis en neuróticos, si es de lo contrario, podrían tener problemas con la ley y por ende acusados de cometer un acto punible.

Algunas personas acuden a consulta médica, por el motivo de hallar dolores corporales localizados en partes del cuerpo, como el corazón, el colón, los órganos genitales, la cabeza, etc., algunas reciben tratamiento y debidos medicamentos para reducir el dolor o el problema somático, algunos pacientes consiguen recuperación, otros por el contrario no consiguen cura alguna, por consiguiente, se dan cuenta que deben buscar otro tipo de ayuda, y quizá aquí den cuenta de la existencia del analista, estos enfermos comprenden que su enfermedad deriva de otras causas que no son meramente orgánicos sino mentales o psíquicas y por este motivos acuden a análisis.

Más adelante, durante el análisis, el paciente se da cuenta que el analista interviene de una manera totalmente diferente al médico, el analista no emplea instrumentos y tampoco medicamentos, solo ocurre una cosa entre el paciente y el analista, y es la conversación, siendo el dialogo del paciente más extenso, pues el analista tiene la tarea de escuchar su discurso, luego el analista le habla al paciente para que este escuche. Quizá el paciente se preguntará si sólo se requiere de palabras para hallar una posible mejoría a los síntomas que presenta, para lo anterior vale decir que:

Los tratamientos analíticos requieren meses y aun años; un ensalmo tan lento pierde el carácter de lo maravilloso. Por lo demás, no despreciemos la palabra. Sin duda es un poderoso instrumento, el medio por el cual nos damos a conocer unos a otros nuestros sentimientos, el camino para cobrar influencia sobre el otro. Las palabras pueden resultar indeciblemente benéficas y resultar terriblemente lesivas. Es verdad que en el comienzo fue la acción, la palabra vino después; pero en muchos respectos fue un progreso cultural que la acción se atemperara en la palabra. Ahora bien, la palabra fue originariamente, en efecto, un ensalmo, un acto mágico, y todavía conserva mucho de su antigua virtud (Freud, 1926, p. 3).

Sin embargo, se preguntará un juez imparcial: «Supongamos que el paciente no esté mejor preparado que yo para comprender el tratamiento analítico; ¿cómo le haría usted creer en el ensalmo de la palabra o del discurso destinados a librarlo de su sufrimiento?». (Freud, 1926, p. 3).

Corresponde al analista preparar al paciente y explicarle debidamente en que consiste el análisis, primero que todo se le pide al paciente que sea totalmente sincero con su analista y no reservarse nada durante el análisis, pues esto puede ser material indispensable para discernir algunos problemas de la historia de vida del sujeto.

Todo ser humano sabe que en su interior hay cosas que sólo comunicaría de muy mala gana, o cuya comunicación considera enteramente excluida. Son sus «intimidades». Vislumbra también -lo cual constituye un gran progreso en el autoconocimiento psicológico- que hay otras cosas que uno no querría confesarse a sí mismo, que de buen grado ocultaría ante sí mismo, y por eso las interrumpe pronto y las expulsa de su pensamiento cuando a pesar de todo afloran. Y quizá se percate de que esa situación, en que un pensamiento propio debe ser mantenido en secreto frente al sí-mismo propio, plantea un problema psicológico muy curioso. En efecto, es como si su sí-mismo no fuera la unidad por la que siempre lo tuvo, como si en su interior hubiera todavía algo otro que pudiera contraponerse a ese sí-mismo. Acaso se le insinúe una suerte de oposición entre el sí-mismo y una vida anímica en sentido lato. Con tal que acepte el reclamo del análisis de decirlo todo, fácilmente dará en la expectativa de que un comercio y un intercambio de pensamientos realizados bajo premisas tan insólitas podrían producir también raros efectos (Freud, 1926, p. 3).

El juez imparcial, comprendiendo el ejercicio del análisis, dice que si el neurótico tiene algo que supuestamente lo oprime por mantener un secreto que le genera angustia, si el analista lo mueve a expresar, lo alivia de esa presión y ejerce sobre el paciente un efecto benéfico. Es parecido al ejercicio de la confesión, aquella que se ejerce en la iglesia, la cual cumple en el

análisis otro tipo de rol, está es la introducción, sin embargo, cabe aclarar que la confesión en el análisis psicoanalítico está lejos de constituir la esencia del mismo análisis o de explicar su eficacia. “En la confesión, el pecador dice lo que sabe; en el análisis, el neurótico debe decir más. Por otra parte, no tenemos noticia de que la confesión haya desarrollado alguna vez la virtud de eliminar síntomas patológicos directos” (Freud, 1926, p. 3).

Así mismo el juez imaginaría que el analista consigue mayor influencia sobre el paciente, la dedicación de tiempo es más intensa y de manera individual, utilizando esta técnica para librarlo de los pensamientos patológicos que lo enferman y de la misma manera, disuadirlo de sus temores y angustias, etc. Se podría esperar que por este mismo camino que realiza el analista, consiga dominar los fenómenos corporales como lo son las convulsiones, vómitos y diarreas consiguiendo eliminar dichos síntomas por medio del estado hipnótico, que puede durar entre meses y años.

“La más rigurosa repulsa al ejercicio del análisis por los legos es sustentada en estas discusiones por nuestros colegas norteamericanos” (Freud, 1926, p. 42). La clínica americana no ha estado muy de acuerdo con el análisis de los legos, pues se pone mucha duda en los diagnósticos que estos puedan realizar, ya que creen que los no médicos no tienen la suficiente práctica y formación que los médicos profesionales, para indicar y ejercer un análisis.

La apreciación de Bercherie consistente en afirmar que la clínica psicoanalítica se separa de la clínica médica y la clínica psiquiátrica en la organización misma de su experiencia puede explicarse en términos del sentido dado a la mirada en el campo del psicoanálisis. En este campo

si alguna cosa es “mirada” es la escucha pero esta organiza la experiencia de un modo diferente a la que se produce en la clínica clásica: en este, interesa la observación, la clasificación, la descripción y solo con la determinación de las propiedades inherentes al objeto de investigación, el clínico se autorizaba a producir hipótesis y tesis que explicasen los fenómenos propios del objeto. Ya Freud en presentación autobiográfica había manifestado respecto a lo anterior que en la clínica y ciencia alemana se le llamaba “*el pacto positivista*” (los maestros en clínica en medicina de Freud proscribían los constructos teóricos).

La clínica psicoanalítica a partir de lo anterior no usa la mirada sino la escucha del sentido del acontecer vital de una persona, igualmente en presentación autobiográfica de Freud, el define a la neurosis como avatar o vicisitud en la vida y vínculos del paciente, por ello, la escucha, que es el sistema perceptivo usado en la clínica psicoanalítica, va a referirse al sentido que el propio paciente da a su experiencia vital. En psicoanálisis existe una sutil diferencia entre psicobiografía con biofonía, es decir, la primera está interesada en hechos reales del acontecer real de una vida, diferente a la forma de hablar de esa vida. De ahí que Freud diga que los síntomas tengan sentido y se refiere dicho sentido a la sexualidad y la relación con los otros, sexualidad dispensadora de placer y de displacer (Bercherie., 2015).

Igualmente Bercherie (2015) aporta ideas importantes para justificar en que el psicoanálisis releva a la psicopatología en el siglo XX y que es un acontecimiento en el orden del saber. El psicoanálisis asume la herencia de la clínica clásica o clínica del detalle, es decir, parafraseando a Lacan, se sirve de ella y prescinde de lo que hay de mirada objetiva a condición de mantener el

espíritu de la coherencia con el método. Dicho de otro modo y a manera de ejemplo, el síntoma es conceptualizado por el psicoanálisis de modo distinto a lo que sucede en el campo psiquiátrico, sin embargo, mantiene de este campo las diferencias entre fenómeno, síntoma y signo y entre envoltura (aparición del síntoma) y estructura.

La especificidad del psicoanálisis se soporta en la triada análisis-formación-supervisión, es decir, la práctica es el factor relevante que hace que un lego sea considerado por Freud analista. En cambio, la clínica clásica relinqua la formación y su diferencia con la práctica por ello la mirada es objetiva, hace parte del acto íntimo y reservado que el clínico hace en el diagnóstico. En el psicoanálisis, aún el más experimentado supervisa el caso y de dicha supervisión o control surge un saber formalizado que da cuenta del sujeto en la experiencia analítica.

El psicoanálisis como acontecimiento en el orden del saber produce la posibilidad de entender que la clínica llegó a un momento de cierre debido a que no descubrió nuevos cuadros clínicos, pero también con auxilio del psicoanálisis, logró interpretar esta resistencia como lo que posibilitaba trazar una notable diferencia: clínica psicoanalítica versus clínica, que más que objetivadora a través de la mirada se volvió el mero registro y cuantificación de las frecuencias e incidencias que en las personas y en las poblaciones tiene un determinado trastorno; de ahí que para este tipo de clínica no sea importante el síntoma como lo que caracteriza el sufrir y la existencia, solo importaría la cantidad de consultas alrededor de un determinado sufrimiento o percepción subjetiva de dolor o enfermedad.

Concretamente, hoy se asiste a tomar el síntoma como elemento que hace presencia en el campo de la salud, para la medicina y psiquiatría, el síntoma representa una lesión o una enfermedad orgánica, y la mirada del médico es hacia el campo de los signos y síntomas; sin embargo, el síntoma para la clínica psicoanalítica es un sentido de interpretación y consiste en un efecto terapéutico, es decir, los síntomas son expresión, ayuda a reducir lo que se halla reprimido en el sujeto, como por ejemplo los conflictos psíquicos, por otra parte, lo fundamental para la clínica psicoanalítica es el campo de la escucha, es decir, emplear la percepción multisensorial para recoger en cada análisis un registro perceptivo (Leivi, 2001).

Estas ideas sobre la clínica y dirección de la cura del psicoanálisis, son el resultado del descubrimiento freudiano del inconsciente, dándose cuenta que posiblemente pueda existir una cura como levantamiento de la represión y el desciframiento del deseo: es decir, en el momento en que el paciente expresa sus vivencias y el analista usa la escucha para descifrar e interpretar dichos mensajes, se produce la liberación del sujeto Neurótico y se halla una cura. Lacan y Freud usan este mecanismo de escucha para lograr una mayor comprensión de las experiencias del paciente y sus represiones inconscientes, logrando así mismo la cura, concebida en el psicoanálisis como una ética en busca de la liberación del sujeto, del sufrimiento que le generar los síntomas (Peskin, 2008)

Sin embargo, para encontrar dicho cambio en un análisis y consecuentemente una cura en terapia, es fundamental que el sujeto sea consecuente con su deseo, pero si este deseo es inconsciente, no puede ser accesible para el sujeto, ya que debe ser consciente de lo que desea o quiere lograr. Al suceder que cierto deseo es desconocido y esta reprimido en el inconsciente,

hace que el paciente se sienta culpable por no cumplir una expectativa que lo haga sentir mejor. De la única manera que se puede calmar la perturbación y hallar la cura es utilizando la práctica analítica en la cual le ayuda al paciente a no desconocer el deseo y vencer los engaños yoicos para sí apaciguar la culpa y los síntomas (Peskin, 2008).

La palabra era el único recurso disponible en aquella época de Freud, pero ahora, en la posmodernidad, el discurso institucional perdió romanticismo, ya no se relaciona lo sexual con la vida cotidiana, lo que acontece en el inconsciente es rechazado como por ejemplo todos los conflictos psíquicos y sexuales que reprime el sujeto a causa de la moral que impone la cultura, ya que “el saludable pesimismo psicoanalítico no es tolerado”. (Peskin, 2008, p. 27). Y como lo puntualizó Foucault, “se rompió la disposición confesional”, el inconsciente ha tenido sus épocas en las cuales ha podido permitirle a ciertos sujetos encontrarse con su propio ello directamente.

Peskin (2008), cita a Freud en el artículo *Diferentes enfoques de la cura psicoanalítica, lo histórico y lo actual, de 1922*:

La eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con reglas. El analista respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo según ideales personales (los del médico), y se alegra cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado (Peskin, 1922, p. 36).

En la terapia analítica, el objetivo primordial era encontrar los síntomas y luego suprimirlos para lograr una curación, la herramienta más importante que se utilizaba en la clínica era la transferencia como método que servía para tener acceso a lo inconsciente como lo eran los lapsus, los sueños, el chiste, etc. Por otro lado, el síntoma también era tomado como orientador de la presencia del inconsciente, como una solución y manifestación de lo reprimido (Peskin, 2008).

Según plantea Peskin (2008) y teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, el psicoanálisis es una disciplina terapéutica y su objetivo ético es la cura sin la necesidad de utilizar los cánones convencionales médicos o sociales. Para la medicina, la tarea primordial era suprimir el síntoma para hallar una curación, sin embargo, para el psicoanálisis y utilizando la transferencia en terapia, se descubre el inconsciente en el cual se halla todo lo reprimido que causa el síntoma, pero el psicoanálisis no le interesa eliminar el síntoma, sino tomarlo como orientador de la presencia del inconsciente para regresar otra vez al síntoma y es tomado como la solución, como expresión subjetiva de algo que acaece al sujeto y le genera malestar cuando no es manifestado.

2.2.2.2.2 Estructura en las neurosis

El concepto de estructura fue propuesto por Lacan en los años 30, para referirse a “las estructuras sociales, designaba con ellos las relaciones afectivas entre los miembros de la familia que el niño internaliza en un complejo” (Giraldo & Ruiz, 2002, p. 12). Esta definición de Lacan asociadas a los complejos entre ellos el Edipo y la castración tiene como núcleo esencial que define unos elementos ligados o regulados por unas leyes.

Las leyes, Lacan las llamará después en los años 50 y 60, de la relación diacrítica o diferencial entre sincronía y diacronía. En este sentido Freud, cuando refiere estructura interna habla de la organización psíquica y su relación con el mundo exterior, en otro sentido, la organización interna de los procesos psíquicos que son captados, aprehendidos en Freud, por tres puntos de vista, el dinámico, el económico y el tópico.

Lacan, más bien habla de que la estructura está compuesta desde dos tipos de elementos: uno es elementos significantes (S1-S2); segundo, elementos no significantes (el objeto *a*). La interacción de estos dos tipos de elementos produce a su vez dos tipos de efectos; uno significativo, que es el sujeto dividido (\$) y otro que puede o no tener relación con el significativo y es el goce. La estructura entonces da cuenta de la sincronía es decir todos los elementos están en el mismo tiempo y con ellos se diferencia de la sincronía o de la subjetivación histórica del paso del sujeto por la estructura y ambos conceptos se diferencian del desarrollo o su posición de que el sujeto se relaciona con el objeto en un procesos de maduración y adaptación, campo de investigación de las ciencias psicológicas y no del psicoanálisis (Giraldo & Ruiz, 2002).

La consecuencia de todo esto, es que el sujeto nace en la estructura pero no sale de ella, lo que no quiere decir que no existan algunas modificaciones, particularmente por efecto de la experiencia analítica: transformar la relación que como sujeto tiene con el campo del goce, es decir, hallarle el sentido y modificar su relación con el goce o modalidad de goce.

Si la producción de un sujeto es resultado de la estructura (considérese el Edipo y la castración y de modo más general, pero no menos esencial, el lenguaje), las estructuras clínicas (Lacan) o la organización interna de los procesos psíquicos con su estructura, igualmente interna, Freud las piensa como la constitución de las diferencias y relaciones entre las neurosis actuales, las psiconeurosis de transferencia y las psiconeurosis narcisistas; luego las formaliza como neurosis, psicosis y perversión; es decir, las estructuras clínicas es el resultado del funcionamiento psíquico del sujeto.

Sujeto que en Freud, es a su vez, el resultado del paso o respuesta que este da al Edipo y la castración; estructuras que en Freud dan cuenta de una relación con el mundo y la realidad exterior, una normalización del deseo y la “identidad” sexual. Lacan sin desmeritar esta posición, avanza, formalizando los hechos clínicos que derivan del Edipo y la castración, estableciendo el papel determinante de estos (Edipo y castración) en la comprensión psicopatológica del siglo XX, pero va más allá, precisando, no solo el efecto sujeto, el efecto goce, sino la posición activa en la elección del sujeto psicoanalítico de la estructura -tema considerado por Freud, como elección y contracción de la neurosis,-, y no siendo poco, avanza Lacan en la clarificación de la diferencia entre fenómeno y síntoma, en los mecanismos formadores de síntomas y en la relación del deseo y el goce con el Otro.

El psicoanálisis como clínica formaliza tres estructuras clínicas conocidas como perversión, neurosis y psicosis, nombradas así por Freud, y las cuales a lo largo de su obra, las considera estructuras internas para la determinación, abordaje y tratamiento de la neurosis, la

psicosis y la perversión y con ello busca “lograr una comprensión de los procesos y estructuras psíquicas normales”. (Giraldo & Ruiz, 2002, p. 78).

Bernal (2009) en el artículo de la revista *Las estructuras clínicas en el psicoanálisis Lacaniano*, plantea que el diagnóstico de la estructura clínica, abarca la posición subjetiva del sujeto, es decir, que no se determina un diagnóstico frente a los síntomas, sino que se establece un diagnóstico dependiendo de la posición que el sujeto asuma frente a sus síntomas. Así mismo, cabe mencionar que: Las estructuras no se recubren entre ellas. Esto quiere decir que un sujeto neurótico no puede ser psicótico, y un sujeto con una estructura perversa no puede pasar a ser un neurótico—No se enloquece el que quiere, sino el que puede—. Tampoco un sujeto neurótico tiene una parte psicótica y otra parte perversa, como tampoco se trata de convertir a un psicótico en neurótico, como si fuese mejor ser neurótico que loco. Las estructuras de subjetivación o constitución subjetiva de un sujeto, no cambian con el tiempo; son fijas y para toda la vida (Bernal, 2009, p. 4).

Según lo anterior, en la dirección de la cura y más exactamente en las entrevistas de ensayo (Freud) o entrevistas preliminares (Lacan) es el tiempo y el espacio donde se establece el diagnóstico diferencial y las distinciones entre fenómeno y síntoma.

Freud señalaba la importancia de establecer el diagnóstico para luego determinar la dirección del tratamiento. Por otro lado, para Lacan, el precisar un diagnóstico es apuntar a establecer la dirección de la cura. Para el psicoanálisis lacaniano, el diagnóstico se presenta en

términos de estructura y entrevistas que construyen un diagnóstico diferencial para comprobar si es una estructura neurótica, psicótica o perversa.

En el campo de la psiquiatría, para determinar una estructura al realizar un diagnóstico, es fundamental la observación de los signos específicos e investigar la anamnesis por medio de la información que data el paciente, para identificar los fenómenos que sirven de guía en la determinación del cuadro clínico.

Durante la construcción del diagnóstico, pueden resultar varias hipótesis que ayudan al analista a conformar la estructura, o hallar el sentido de los síntomas en ella. Vale la pena resaltar que el síntoma cumple una función en la estructura, es decir, existe un síntoma que es descubierto en el análisis y es diferente al síntoma como fenómeno que está previo a él y el analista evalúa y pondera frente a estos los rasgos estructurales que le dicen a qué estructura clínica pertenece el sujeto que presenta esos síntomas fenómeno: esto quiere decir que una cosa es el síntoma en la entrada (síntoma como fenómeno) y otra muy distinta es el síntoma al final o (síntoma de estructura).

Estas diferencias posibilitan comprender por qué no se tienen dos estructuras a la vez, Freud cuando plantea las neurosis mixtas, lo hace en relación a la sintomatología, no en relación a la etiología o funcionamiento interno o estructura; tampoco se tiene en la estructura una parte psicótica otra perversa o neurótica, en síntesis “no se cambia de estructura clínica, ni hay fachadas que recubran otra estructura, sino una estructura que acorde a la particularidad de cada

sujeto, implicaría una serie de combinatorias distintas de los rasgos estructurales. (Giraldo, p. 86). Adicionalmente, lo dicho no quiere decir que no haya transformación, pero si existe lo inmodificable, es decir, no se cambia de estructura, pero si se pueden producir modificaciones en la relación con el síntoma, el goce y una asunción diferente de los ideales y el modo de relación con la realidad objetiva.

Se observa entonces, por lo dicho que los síntomas en relación con la estructura es un tema fundamental para la teoría y clínica psicoanalítica (reitérese que no es el concepto de la psiquiatría y de la medicina y menos el de fenómeno con el que se descubren y se clasifican los cuadros clínicos), el síntoma sirve de guía en tanto que establecen un modo de relación del sujeto con la estructura, por ello Freud y Lacan, y en general todos los analistas, lo han considerado teóricamente un eje del psicoanálisis.

Los Síntoma Neuróticos -objeto de esta monografía- pueden definirse como una formación del inconsciente y no una enfermedad. En otro sentido, es un modo de responder a una pregunta que viene del Otro. Respuesta que puede darse en el cuerpo (histeria), en el pensamiento (obsesión). Esta respuesta para Freud, a diferencia de las tradición clínica de su época que considera que los síntomas son expresión de la irracionalidad o creencias irracionales (Janet), el síntomas es una formación del inconsciente, al igual que los chistes, los lapsus, los sueños, que para Freud tienen sentido en la historia del sujeto o historia de las relaciones inconscientes que el sujeto tiene con la realidad sexual o el vivenciar cotidiano, a esto Freud le llamó el sentido de los síntomas, sin embargo, más adelante Freud precisa que la diferencia entre el síntoma y las demás

formaciones inconscientes, es la repetición, los síntomas se repiten, mientras las otras formaciones son transitorias (Freud, 1990)

Si el síntoma tiene sentido sexual, ¿Cómo se forma el síntoma? A partir de los planteamientos en los modos de formación de síntomas, conferencia 23 de Freud, (lecciones de introducción al psicoanálisis, 1915), se argumenta que desde el punto de vista profano, cuando el síntoma es tomado en cuenta y analizado, es a la vez comprender la enfermedad, que ha sido ocasionada por la amplia formación de síntomas que incapacita psíquicamente al sujeto y le coloca en una condición físicamente inestable (1990).

Desde el punto de vista analítico, Freud discierne que los síntomas se generan a causa de un conflicto, no de una enfermedad, debido a las insatisfacciones del deseo, conservado o reprimido como fuerza puesta en resistencia, en consecuencia se generan molestias al interior del sujeto, y por esto, la libido insatisfecha se ve obligada a buscar otras salidas como escape y por ende encontrar nuevas formas de satisfacción, lo cual permite calmar o desaparecer los síntomas deformados que justamente se dan por la represión de deseos libidinosos inconscientes y por consiguiente causar en la vida del hombre enfermedades nerviosas. (Freud, 1990).

Los síntomas aparecen también como una señal de las experiencias traumáticas infantiles que fueron reprimidas y reaparecen luego en la etapa adulta del sujeto. Teniendo esto presente, en el análisis de los síntomas histéricos, el sujeto no recuerda algunos sucesos de su vida

pretérita, en tal caso, los recuerdos traumáticos por los cuales le generó amnesia se encuentran depositados en el inconsciente (1990). Se observa que para la conformación del sentido de los síntomas, se necesitan modos, caminos y otros elementos que contribuyen a conformar el síntoma como aquello que guía en la determinación de la estructura, en este caso, la neurosis. En Freud, el síntoma es tanto sentido como repetición (goce), es decir, son interpretables en términos de satisfacción pulsional.

Las fuentes de los síntomas es el conflicto que surge entre lo prohibido y la defensa, si se piensa en términos del Edipo y la castración, es una defensa a la angustia y a los efectos de la castración, es decir, el síntoma sustituye a la satisfacción reprimida o prohibida dentro del Edipo. Esto quiere decir que una definición de síntoma es una sustitución o metáfora de lo reprimido, una satisfacción sustitutiva, y ello indica que tanto Freud y Lacan que el síntoma tiene significación sexual y pulsional, el síntoma indica dichas satisfacciones y esconde –no una depresión, o una queja- sino la verdad o reacción al trauma que el sujeto sufre por el paso en la estructura.

El síntoma entonces, tiene sentido en tanto relación del inconsciente y la pulsión en la estructura: dicha relación es diferente en la psicosis, neurosis y perversión, pero también entre los diferentes tipos clínicos que pertenecen a estas estructuras. De modo específico esta relación no es la misma en la obvia, en la histeria y en la obsesión; en las neurosis actuales, neurosis de transferencia o neurosis narcisistas.

Lo dicho anteriormente, indica, que en Freud la causalidad psíquica se refiere al efecto patógeno del conflicto psíquico entre el deseo y la defensa. En Lacan, se refiere a la posición que el sujeto asume (defensa) frente a la falta en el Otro (angustia de castración). El mecanismo formador de síntomas es el nexo entre estos dos aspectos del conflicto. Mecanismos discernidos por Freud, como represión para la neurosis, renegación para la perversión y forclusión (término acuñado por Lacan *verwerfung*) dentro de las neurosis, Freud discierne el modo particular de la represión dentro de las neurosis de transferencia, es decir, la fobia, la histeria y la obsesión trasponen de modo específico la represión. También Freud clarifica el mecanismo formador de síntomas dentro de las neurosis actuales (la denominada transposición por conversión), igualmente, estas diferencias posibilitan tener la convicción de la existencia del modo en que el psicoanálisis concibe la determinación o causalidad psíquica.

Hágase claridad que determinación o causalidad psíquica en Freud, él la denomina sobre determinación o como menciona Laplanche y Pontalis, una formación inconsciente depende de varios Factores determinantes, es decir, en psicoanálisis no se puede explicar algo por una sola causa y de modo específico “la formación remite a elementos inconscientes múltiples, que pueden organizarse en secuencias significativas diferentes, cada una de las cuales, aun cierto nivel de interpretación, posee su propia coherencia” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 432).

Finalmente esto quiere decir que Freud da a luz un nuevo tipo de determinismo, el psíquico, es decir, hay legalidad en el funcionamiento del inconsciente y su relación con las pulsiones, o sea, es posible dar cuenta racionalmente del porqué de la formación de los síntomas

y ello en Lacan es el resultado de la acción de la estructura sobre el sujeto: hay lógica en los síntomas y hay lógica consecuentemente en la cura, por ello hay un síntoma a la entrada del análisis (síntoma – fenómeno) y otro muy distinto es el que se construye en la experiencia psicoanalítica que Lacan llama identificación al síntoma al final del análisis.

Las neurosis tienen estructura, es decir, existe una relación de elementos (sujeto, significante, objeto y síntoma). Estos elementos tienen una organización determinada y Freud propone una explicación de dichas organizaciones a continuación se expondrá como desde Freud y los aportes de Lacan se hace la descripción y la explicación (clínica y teoría) de las organizaciones o estructuraciones de las neurosis, en otro sentido el siguiente apartado trata sobre el pensamiento clínico de Freud de las neurosis.

2.2.2.2.1. Teoría de la clínica de las neurosis

Las neurosis son comprendidas como una “afección patógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 247).

El concepto de *Neurosis* ha variado, el término *Neurosis* se refiere a las formas clínicas que se relacionan con otras estructuras como lo son la histeria, las fobias y la neurosis obsesiva. La nosografía que se caracteriza más en la clínica psicoanalítica-sin mencionar el debate sobre esta nosografía- son las neurosis, psicosis, perversiones y afecciones psicósomáticas; por otra parte

aparece otras categorizaciones nosográficas denominadas “neurosis actuales”, “neurosis traumáticas” y “neurosis de carácter”(Samat, 2006, p. 42).

Ey, et. al. (1975), citan a Janet, que considera que las neurosis son enfermedades de la personalidad que se caracterizan por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales, el malestar que genera la neurosis, produce perturbación del equilibrio interior, alterando los aspectos superiores de las funciones psíquicas, deteniendo la evolución y adaptación al momento presente, persistiendo las más antiguas. (Ey, Henri & otros, 1975, p. 386).

Freud, a diferencia de Janet, no considera como central, el asunto del equilibrio interior de la organización psíquica, sino más bien la tensión, la angustia que se generan en las diferentes instancias de la organización mental. En este sentido, la clínica de las neurosis explica como la patología existente se vive como un malestar interior que causa angustia en el sujeto y por ende constituyen el trasfondo de los síntomas:

La neurosis consigue neutralizar la angustia, convirtiéndola en un accidente somático tranquilizador (por ejemplo, en la histeria) o invirtiendo su sentido en un sistema de castigo merecido o conjurado (obsesión), que el conflicto interior no vuelve a aparecer. Sin embargo, no por eso deja éste de seguir existiendo, constituyendo el núcleo mismo de la neurosis (Ey Henri & otros, 1975, p. 369).

En el texto titulado *prólogo para un libro de Sandor Ferenczi* 1909 (1910), Freud plantea que el estudio psicoanalítico de las Neurosis, conocidas como diversas maneras de nerviosidad

psíquicamente condicionada, tiende a revelar la relación que estos trastornos guardan con la vida instintiva del sujeto, como también las restricciones y exigencias del medio ambiente y que la cultura misma impone (Freud, 1910, p. 1531).

En el tratamiento psicoanalítico de los neuróticos, plantea al médico y al paciente exigencias mucho mayores que los hasta ahora corrientes tratamientos medicamentosos, dietéticos, hidroterápicos y sugestivos, pero en cambio ofrece al enfermo una mejoría tanto más considerable y un fortalecimiento tan duradero frente a las tareas de la vida, que no es preciso extrañarse ante los incesantes progresos que este método terapéutico ha realizado, a pesar de la más violenta oposición (Freud, 1910).

El conocimiento de las enfermedades neuróticas del individuo ha facilitado la comprensión de las grandes instituciones sociales, pues las neurosis mismas se nos revelan como tentativas de resolver individualmente aquellos problemas de la compensación de los deseos, que habrían de ser resueltos socialmente por las instituciones. La desaparición del factor social y el predominio del factor sexual convierten estas soluciones neuróticas en caricaturas inutilizables para cosa distinta de nuestra aclaración de estos importantes problemas (Freud, 1910).

Según los planteamientos psicoanalíticos, Freud distingue entre: “*neurosis actuales* (neurastenia, neurosis de angustia, hipocondría), y *psiconeurosis*, que a su vez comprenden las *neurosis de transferencia* (histeria de conversión, histeria de angustia y neurosis obsesiva) y las *neurosis narcisistas* (las psicosis)”. (Samat, 2006, p. 42). Ey (1975), también dice que esta

clasificación es rica por qué sirve para explicar desde el modelo de la neurosis histérica, los fenómenos y mecanismos de la conversión y expresividad psicósomática.

Ahora bien, y de modo más preciso, la distinción en la clasificación freudiana, depende en las neurosis actuales de la Falta de satisfacción libidinal, y Samat dice que el origen no debe buscarse en los conflictos psíquicos sino en las experiencias presentes del sujeto. Al comienzo, Freud incluyó en las neurosis actuales la neurosis de angustia y la neurastenia, y luego propuso incluir la hipocondría. (Samat, 2006, p. 42).

Siguiendo con las neurosis actuales, a partir del punto de vista de Cesio, en su artículo las *neurosis actuales, letargo y angustia*, estas neurosis se presentan ante la consciencia con cualidad somática, luego, cuando se lleva a cabo un análisis aparecen las raíces psíquicas de dicho fenómeno somático. De lo anterior, también se puede considerar que hubo una conversión de neurosis, donde se dio un proceso de condensación, el conflicto recuperado en lo psíquico, y luego pasa a instalarse en el cuerpo. Las conversiones también ocurren “cuando la excitación de lo actual no encuentra una solución en síntomas fóbicos o hipocondriacos, aparecen las conversiones que dan lugar a las enfermedades corporales o somáticas” (Cesio, 2002, p. 27).

Por otra parte, las Neurosis actuales comprenden diversas manifestaciones de neurosis mixtas que incluyen la angustia, la hipocondría y las fobias. “En las neurosis mixtas, la neurosis actual se sitúa en una psiconeurosis. Por otro lado, en la hipocondría aparecen diversas

expresiones afectivas y representaciones de naturaleza somática y la segunda, la histeria” (Cesio, 2002, p. 27).

La Neurastenia es otra estructura clínica clasificada entre las neurosis actuales. Dentro de la psicopatología freudiana, la Neurastenia es entendida como una afección planteada por el médico norteamericano George Beard (1839- 1883), y denominó la Neurastenia como “debilidad (astenia) de los nervios”, y cuyo cuadro clínico gira en torno a una fatiga física de origen “nervioso” y que comprende síntomas de los más diversos registros” (Samat, 2006, p. 42).

En la actualidad, la neurastenia sigue manteniéndose como una neurosis autónoma; incluida entre el campo de las neurosis actuales, sus síntomas más destacables son la fatiga física, las cefaleas, la dispepsia, la constipación, las parestesias espinales y la disminución de actividad sexual, por otro lado, la etiología de la neurosis intenta solucionar de manera apropiada la tensión libidinal (2006).

La Hipocondría, es una enfermedad mental que se halla también estructurada entre las neurosis actuales, Freud considera la hipocondría como una “patología narcisista en que la libido ha sido retraída hacia el cuerpo. La entiende como una neurosis actual (el estancamiento libidinal es en el yo corporal), pero relacionada con las neurosis narcisistas (psicosis) y no con las psiconeurosis” (Samat , 2006, p. 42).

La hipocondría se caracteriza por el paciente presentar leves ansiedades a causa de experiencias de la vida cotidiana hasta afecciones psicóticas, como por ejemplo, la creencia de

que algo malo le está ocurriendo a los órganos del cuerpo, ocasionándole inquietud y angustia (2006). “La Hipocondría es el término hipocrático utilizado para describir un exceso de flema con los hipocondrios (debajo de las costillas)” (Chávez, 2012, p. 31).

En el siglo XVII, se consideraba a la histeria una enfermedad que solo se generaba en las mujeres y la hipocondría sucedía en hombres. Sydenham, médico inglés, propuso que tanto la histeria como la hipocondría no se trataban de ser enfermedades del cuerpo, sino que eran enfermedades de la mente (2012). En el siglo XVIII, William Cullen, médico quien acuñó la palabra Neurosis, empleó el de *Melancolía Hipocondriaca*, para incluir a todos los trastornos en donde existían manifestaciones de ambos padecimientos (Chávez, 2012, p. 31).

En cambio en el siglo XIX, Jean-Martin Charcot, neurólogo francés, consideró a la hipocondría y a la histeria como trastornos de origen cerebral, sin embargo no sabía acerca de la naturaleza de estos trastornos y su localización en el cerebro. Luego con la aparición del psicoanálisis, en el siglo XX, se comenzaron a considerar a los síntomas físicos como fenómenos inexplicables y más relacionados a un problema psicológico (Chávez, 2012, p. 31).

Así mismo, con los planteamientos de Rovaletti (Chávez, 2012, p. 31) se enriquece y complementa la nosología acerca de la hipocondría a partir de 6 postulados:

1. *La ambigüedad del cuerpo*: el cuerpo es una presencia silenciosa, a la vez sujeto y objeto de percepción.

2. *El poseedor poseído*: “que sobrevalora desórdenes de escasa significación e imagina peligros que nunca llegan a presentarse, deja de lado trastornos somáticos verdaderos, y hace uso de prácticas cuidadosas y restrictivas de la vida para lograr el control y la disponibilidad absoluta del cuerpo” (Chávez, 2012, p. 32). .
3. *Los mil y un percances de los órganos*, donde el hipocondriaco se complace con los cuidados médicos, uniendo todos los afectos en torno a los dolores, donde se habla del dolor pero no se siente el dolor.
4. “El estilo hipocondriaco, *entre el padecimiento y el goce*, entre la afirmación constante del sufrimiento, la imposibilidad de decirlo y la incapacidad de ser comprendido” (Chávez, 2012, p. 32).
5. *La ruptura en la trama histórica*, la hipocondría aparece con posterioridad cuando suceden eventos traumáticos como por ejemplo el duelo, una pérdida, una separación, una enfermedad, pérdida de una función o capacidad mental y física o cambio de status social. Estos acontecimientos aparecen en edades críticas, sin establecer relación con dichos eventos.
6. *El culto a la curabilidad*: el paciente no pretende que el médico le halle una cura, sin embargo el enfermo reconoce la tarea profesional del médico.

Más adelante la doctora Rovaletti, expone la diferencia entre la hipocondría y la nosofobia, esta última haciendo alusión al miedo de ser alcanzado por una enfermedad física, y los enfermos hipocondriacos son aquellos que viven y creen estar seguros de poseer alguna dolencia, son pacientes que rechazan las tentativas de persuasión y el riesgo de la no-enfermedad, es para ellos insostenible, pues han hecho de su cuerpo enfermo su único verdadero acompañante.

Este último postulado, puede verificarse dentro de la tradición positivista –no psicoanalítica- en los dicho por Chávez, cuando firma que “La hipocondría en comparación con otros trastornos incluidos en la denominación clínica general de *síntomas médicos inexplicables*, tienen un pronóstico menos favorable, se ha observado que sólo se recupera entre 30% a 50% de los pacientes hipocondriacos, en comparación con el 50% al 75% de los pacientes con otros *síntomas médicos inexplicables*”. (Chávez, 2012, p. 32).

Otro tipo de neurosis actual, es la neurosis de angustia, que Freud aisló de la neurastenia. La neurosis de angustia, desde su diferencia con los síntomas de la neurastenia, son de carácter angustioso, y respecto de la histeria, como neurosis de angustia, es una neurosis actual que se caracteriza por presentar mucha carga de “excitación sexual que se transformaría directamente en síntoma sin mediación psíquica” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 253). En las neurosis de angustia interviene un proceso de conversión, en el cual, la tensión física no puede pasar hacia lo psíquico, convirtiéndose, o más bien, manteniéndose en el mismo nivel físico que le da su origen.

Freud relaciona la Neurosis de angustia con etiologías específicas, cuyos factores más comunes son la acumulación de la tensión sexual, ausencia de elaboración psíquica de la excitación sexual somática; es decir, si dicha representación sexual no es controlada, se dirige directamente hacia el plano somático manifestándose en forma de angustia (Laplanche & Pontalis, 1974).

Según Henri Ey & otros (1975) para la psiquiatría, las neurosis de angustia eran comprendidas, con base en postulados psicoanalíticos, como estados de ansiedad crónica o constitucional y de personalidad ansiosa, como también inestabilidad emocional. Freud, en el año 1895, denominó las *neurosis de angustia, las neurosis actuales*, los cuales presentaban comportamientos neuróticos constituidos por manifestaciones de una angustia permanente, causada por un desequilibrio hormonal neurovegetativo, las llamadas neurosis actuales estaban vinculadas a una esencia orgánica viva.

En la lección XXV Freud (1917), expone acerca de la angustia y su vinculación directa con la neurosis, siendo una estructura donde se puede presenciar un estado general de angustia, la cual influye sobre los juicios del sujeto, actúa como un espía para justificar todo evento, por tanto se le nombra como calificativo de angustia o espera ansiosa, que de por sí, cierta ansiedad vuelve a producir en el sujeto la angustia, inclinándose a pensar que siempre en las eventualidades ocurrirán catástrofes, presagian la desdicha o temen siempre a que algo malo suceda y es así de la misma forma que la inseguridad y el miedo de pensar algo de esta índole los lleva a alcanzar una intensa angustia de espera, correspondiendo casi siempre a una afección

nerviosa, la cual Freud dio el nombre de *Neurosis de Angustia* inscrita entre las neurosis actuales.

Según López (1988) en su texto *Angustia, Síntoma, Inhibición* (resumen del seminario de Musthapa Safouan titulado: *Angustia, Síntoma, Inhibición*, publicado en Nueva Visión, 1988) plantea que el psicoanalista brasileño Durval Cecchinato expone una definición de síntoma tomada de Freud en la traducción de la editorial de Amorrortu; “El síntoma es señal y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso”. El autor brasileño hace referencia del síntoma diferenciándolo entre las concepciones médicas, psiquiátricas y psicoanalíticas, así mismo, plantea que en la medicina se considera al síntoma como algo ajeno al paciente, eliminando del mismo modo la dimensión social y humana y por ende la subjetividad del sujeto enfermo, a diferencia del psicoanálisis, el cual, toma el síntoma como algo esencial y perteneciente del sujeto, en cuanto hace parte de su inconsciente y por tanto de su subjetividad.

Cecchinato, (citado por López, 1988), señala que el nivel de los procesos psíquicos inconsciente de Freud, no solo expuso sobre los afectos, sino que los vinculó con representaciones, hecho que tiene consecuencias a nivel de la práctica psicoanalítica por cuanto excluye “la idea de que su acción —la de la práctica— se restrinja a un consultorio sentimental”. Por el camino de reconocer afectos ligados a representaciones, puede entenderse al síntoma como una de las formaciones del inconsciente, donde se ponen en juego el cumplimiento de deseo y su manifestación como disfraz (López, 1988, p. 330).

Más adelante, Durval (según López) plantea dos diferentes significantes del síntoma, expuesto en distintas épocas de la enseñanza de Lacan; la primera dice que:

[...] si el síntoma puede leerse, es porque él mismo está ya inscrito en un proceso de escritura: en cuanto formación particular de lo inconsciente, no es una significación, sino su relación con una estructura signifiante que lo determina. Si nos permiten el juego de palabras, diremos que de lo que se trata es siempre de la concordancia del sujeto con el verbo. En cuanto a la segunda, se lee: Yo digo la función del síntoma, función que debe ser entendida como el f de la formulación matemática $f(x)$. ¿Qué es x ? x es lo que de lo inconsciente se puede traducir por una letra, por cuanto es solamente en la letra que la identidad de sí a sí es aislada con toda cualidad. Lo inconsciente enteramente uno es subtendido por el signifiante, se torna susceptible de una escritura. Pero lo extraño es que es eso mismo que el síntoma opera salvajemente. Lo que no cesa de escribirse en el síntoma viene de allí (López, 1988, p. 331).

Cecchinato (según López), tiene en cuenta la noción Lacaniana y de lo que entiende por síntoma, como Sinthome (1976), queriendo decir con lo anterior, que todo ser humano se caracteriza más allá de los síntomas. “Sería el cuarto término que anudaría, en una intersección de fondo, lo real, lo imaginario y lo simbólico. En Freud correspondería a lo que él llama

realidad psíquica; en Lacan sería el Nombre del Padre o los nombres del padre” (López, 1988, p. 331).

Más adelante, Cecchinato, continua con la definición de síntoma, a partir de los postulados freudianos, especificando el concepto de síntoma como señal y sustituto de una satisfacción pulsional que no se realizó; es decir, el síntoma surge a causa de la interrupción de la complacencia o de un deseo, el cual limitó la pulsión y esta no llegó a la meta, lo que a continuación se convierte en un goce inconsciente, que luego está en búsqueda de la satisfacción de una representación fantasmática: “Cuando la satisfacción pulsional no se realiza en el síntoma, este deja enunciado que “en las formaciones del inconsciente” o “*formaciones del objeto a*”, algo del orden de “un trauma’ [...] impide que el ‘goce’ acontezca. Allí el trauma retorna en su forma de insatisfacción, dolor, angustia, o sea, en forma de síntoma” (López, 1988, p. 331).

Así mismo, Durval define el síntoma como la falta de un simbólico ‘adecuado’ que diga de manera “apaciguante” lo ‘imposible’ de lo real. Mientras este simbólico no llega, el síntoma gana tiempo, establece un compromiso para que el sujeto, aunque sufriendo, consiga soportar su vida. Pero ese “compromiso” cuesta caro (López, 1988, p. 331).

Luego, este mismo autor, define la angustia como efecto del síntoma, como también de la represión y por consiguiente precisa la angustia como estructural y estructurante. Moustapha

Safouan, expone en este texto *Angustia, síntoma e inhibición*, el problema económico de la angustia en Freud y sobre la relación angustia–represión.

Safouan toma distancia del planteamiento freudiano que ubica la represión como defensa frente a la angustia y plantea que la angustia está en el principio de toda defensa: en la angustia, el peligro, el estado de indefensión, no está por venir, sino presente, “entonces podemos decir que la angustia está en el principio de toda defensa, lo que no es lo mismo que decir que esas defensas son defensas contra la angustia”. La angustia como señal indica la realización del deseo, la realización de ese placer a ser realizado que se produce en el instante en que la representación reprimida está a punto de atravesar la barrera inconsciente-consciente: “el hecho de que la angustia sea la señal de ese pasaje de lo inconsciente a lo consciente muestra la justeza de la observación de Lacan: lo que el neurótico rechaza es su angustia” (López, 1988, p. 332).

La definición síntoma–sentido y el tema de su formación, distinto al de ser una defensa o no, es tratada por Freud en introducción al psicoanálisis de 1916, en la lección conocida como “el sentido de los síntomas”, que al respecto es importante, a diferencia de la psiquiatría, la apariencia y el contenido de los síntomas, enlazados por el sentido que toman de la vida psíquica del enfermo, así como el sueño y el narcisismo son actos psíquicos con sentido, el síntoma posee un sentido, sea en el plano psíquico (neurosis obsesiva), sea en el plano corporal (histeria) (Freud, 1916).

Si los síntomas tienen sentido hay que mencionar que no son para Freud la esencia de la enfermedad, es decir, desaparecer los síntomas, no significa, curación de la enfermedad, estas ideas que tiene Freud aparece en lecciones de introducción al psicoanálisis (modos de formación de síntomas). Freud, en esta lección se preocupa entre otros temas por las fuerzas y mecanismos implicados en la formación de los síntomas y finalmente considera que el síntoma es un modo de satisfacción a la manera del fin de la pulsión. En ese sentido menciona que el síntoma se forma considerando diferentes tipos de factores uno es la fijación que descompone a su vez en la constitución sexual del sujeto y los sucesos infantiles que pertenecen a la constitución sexual.

El otro factor son los sucesos accidentales de índole traumático, la coordinación de estos dos Factores es lo que explica la acusación de las neurosis: el síntoma aquí, aparte de tener sentido, reproduce “la infantil satisfacción libidinosa, aunque deformada por la censura producto del conflicto, acompaña generalmente por sensaciones de dolor y asociada a Factores correspondientes a la ocasión que ha provocado la enfermedad”. (Freud, 1916, p. 289).

Lo paradójico de la definición del síntoma como satisfacción es que el sujeto la siente como dolor que lleva a Freud a indicar que las instancias inconscientes pulsionales se da la satisfacción y en las conscientes se percibe como dolor; además de esta paradoja, Freud sitúa la satisfacción en el síntoma como la característica principal de la histeria, en cambio las resistencias y censuras de la vida consciente son lo fundamental de las formaciones sintomáticas de las formaciones obsesivas. Estos dos aspectos llevan a Freud a situar en la lección titulada, la

nerviosidad común a analizar las neurosis cuando cursan por crisis o cuando se consideran modos comunes o frecuentes de comportamiento.

Una mejor comprensión de las neurosis comunes o nerviosidad común, se hace a través de “una idea de conjunto de sentido y de la importancia de los síntomas y del mecanismo y condiciones interiores y exteriores de su formación” (Freud, 1916, p. 299). Lo que dice Freud entonces, es que tanto la neurosis común, la de la cotidianidad, tienen los mismos mecanismos de causación que las neurosis que informan de la divergencia entre dolor y placer en el síntoma; perfectamente, pudiéramos decir que la nerviosidad común es una especie de modo de vida, un carácter y una forma común de neurosis actuales.

Estas ideas sobre el síntoma que se han reseñado llevan en este trabajo a preguntar por las teorías de la angustia, 1916, la tesis central de dicha teoría es la represión crea la angustia, a raíz de inhibición, síntoma y angustia (1925) y el concepto de pulsión de muerte (1920,1923); Freud en 1932 (nuevas lecciones de introducción al psicoanálisis), ajusta la teoría de la angustia a partir de la tesis contraria, es decir, la angustia crea la represión.

La consecuencia de ambas teorías es como Freud pasa de la angustia en el exclusivo dominio del cuerpo a una teoría de la angustia donde con pleno sentido se puede afirmar que la angustia es un hecho psíquico, tanto que es el límite del deseo y el goce o como se puede pasar del placer sentido al dolor en el síntoma, estas ideas son importantes porque la neurosis entonces es la entidad clínica que mejor muestra las relaciones complejas entre el alma, la psique y el

soma, así como las neurosis actuales y mixtas son la mejor introducción al problema de las relaciones entre psique y soma.

Específicamente en la lección Angustia y vida pulsional, se entiende por angustia como el estado afectivo, conjunto de sensaciones de displacer con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción, devenido de experiencias pretéritas o de orden hereditario. Se mencionan distintas clases de actividad, por ejemplo la primera angustia que apareció en un sujeto, es la angustia toxica, generada por la huella afectiva que apareció en la infancia y así mismo causando cambios en la actividad cardiaca y la respiración. Más adelante, se diferencia la angustia realista y la angustia neurótica.

La angustia surge de un antiguo evento traumático y sirve para dar señal de que ocurre un nuevo peligro y se genera a partir de una libido que se ha convertido en algo irrealizable a causa del proceso de represión; por tanto, el síntoma se encarga de revelar de algún modo el proceso de represión y la liga psíquicamente.

La angustia realista es una reacción que parece lógica frente al peligro, un daño venido del exterior; “en un análisis de la angustia realista, la redujimos a un estado de atención sensorial incrementada y tensión motriz, que se denomina *apronte angustiado*” (Freud, 1916, p. 76). Es así, como se desarrolla la reacción de angustia, la angustia realista mantiene un peligro interno y que no se descifra conscientemente:

“En las fobias se puede discernir con mucha nitidez el modo en que este peligro interior se traspone en uno exterior, vale decir, una angustia neurótica se muda en aparente angustia realista” (Freud, 1932, p. 76).

Por otra parte, la angustia neurótica es misteriosa, no se comprende fácilmente y no se le haya un fin, este estado de angustia es llamado “angustia expectante”, como en la neurosis típica de angustia. La causa más común que se halla en la neurosis de angustia es la frustración, esta es causada por una provocación de una excitación libidinosa, pero está no llega a la satisfacción, por tanto, en remplazo de esa libido desviada de su tensión, emerge el estado de angustia, Freud se tomó la autorización de plantear que dicha libido insatisfecha se convertía directamente en angustia, la angustia neurótica puede ser generada por trasmudación directa de la libido (Freud, 1932, p. 76).

Aquí cabe resaltar que la angustia que causa la represión y que la represión cause la angustia con todo y sus diferencias tienen un vínculo que ya Freud había establecido antes de 1900 y es que la angustia surge por una insatisfacción, cuando esta se acumula y pasa directamente a manera de libido al cuerpo se llama neurosis de angustia y cuando se produce el salto de lo psíquico a lo corpóreo efecto de la insatisfacción de la libido es lo que Freud llama neurosis histérica, entonces la angustia da cuenta tanto de la satisfacción presente como de la causa de la formación de síntomas. Pudiéramos decir entonces, a modo más metafórico que la angustia no es solo síntoma y defensa sino fundamentalmente motor de las neurosis. Lo esencial

de la angustia es un modo de aparición por eso Freud plantea los estados de angustia. (Conferencia acerca de la angustia y vida pulsional de Freud, 1932).

Los estados de angustia, pueden ser hasta tal punto susceptibles de disociación y dañinos para el sujeto: *“El acceso puede ser reemplazado en su totalidad por un único, pero muy intenso síntoma como por ejemplo: temblores, vértigos, palpitaciones u opresión. Sin embargo, estos estados, a los que damos el nombre de “equivalentes de la angustia, deben ser asimilados a ella desde todos los puntos de vista, tanto clínicos como etiológicos”.* (Freud, 1932, p. 2372).

Para Freud (1932) el estado de angustia puede aparecer en ciertos procesos de la vida sexual del sujeto, la excitación frustrada o violentas excitaciones sexuales que no llegan a un momento satisfactorio pueden desviar dicha excitación hacia lo somático. Cuando la abstinencia sexual no desaparece, y deja interrumpida la excitación libidinosa, deja paso a la angustia.

Los casos de neurosis de angustia suceden por la interrupción del acto sexual, por el contrario, si el sujeto renuncia a la restricción sexual, desaparece dicha neurosis. *“la Neurosis de Angustia tenía entonces por causa todo aquello que desviaba de lo psíquico la tensión sexual somática, perturbando su elaboración psíquica”* (Freud, 1932, p. 199).

En la sintomatología clínica de la neurosis de angustia se encuentra presente varios síntomas que aparecen en cuadro clínico, la excitabilidad general es un síntoma nervioso muy

frecuente cuando aparecen los nervios, hay acumulación de excitación o incapacidad de resistirla, otro síntoma de la Neurosis de Angustia es la espera angustiosa, otra manifestación es la presente sensibilidad moral, miedo de la propia consciencia, escrúpulos exagerados; tendencia de ir desde lo normal hasta lo patológico. La espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis, donde hace presencia la perturbación (Freud, 1932, p. 199).

Los ataques de angustia pueden surgir en el curso de la imaginación sin necesariamente estar despierto el sujeto, pero cuando el ataque de angustia es provocado, puede irrumpir de repente en la consciencia, esta perturbación puede influir en las funciones físicas, como por ejemplo: la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular, luego aparece el paciente manifestando quejas como palpitaciones, disnea, sudores, bulimia, lamentos de malestar, entre otros.

Entre la clasificación de las Neurosis de Angustia se presentan las parestesias que puede acompañar al ataque de vértigo o angustia, pueden ser fundamentales por asociarse entre sí, también presentan sensaciones de aura histérica. Por el contrario de las histéricas, estas sensaciones asociadas, nos parecen atípicas y variables. “otra analogía con la histeria es producida por el hecho de tener también lugar en la neurosis de angustia, una especie de conversión en sensaciones físicas”. (Freud, 1932, p. 188).

Como se ha visto hasta ahora, la angustia es un fenómeno irruptivo, episódico y crítico que surge a raíz de la satisfacción pulsional o cuando un hecho de la realidad exterior resinifica la

realidad interior, sin embargo, no aparece en su forma de vértigo o pánico el que tenga relación con las experiencias sexuales infantiles y/o determinados factores de predisposición de la libido, es decir, no se interpretan como el mismo Freud dice en términos de conflictos psíquicos, este factor es el que acentúa Freud en la definición en las neurosis de transferencia.

Las Neurosis de transferencia, son otro tipo de neurosis distinto a las neurosis actuales. Según los postulados de Laplanche y Pontalis (1974), el término de Neurosis de transferencia fue introducido por Jung, dicha neurosis tiene la capacidad de transferir la libido sobre objetos, este tipo de Neurosis tiene la gran ventaja de acceder fácilmente a la terapia y continuamente al tratamiento. Dentro de la teoría de la cura psicoanalítica, en la neurosis artificial, se organizan las manifestaciones de transferencia y por ende se establecen en relación con el analista, el esclarecimiento en la terapia o en el análisis, contribuye al descubrimiento de las neurosis infantiles.

Recordando que la neurosis como estructurante del campo psicoanalítico se genera a causa del conflicto entre el yo y el ello; se debe comprender, además, que:

Las neurosis de transferencia nacen a causa de la negativa del yo a acoger una poderosa tendencia dominante en el ello y procurar su descarga motora, o dar por bueno el objeto hacia el cual aparece orientado tal tendencia. El yo se defiende entonces de la misma por medio del mecanismo de la represión, pero lo reprimido se rebela contra este destino y se procura, por caminos sobre los cuales no ejerce el yo poder alguno, una satisfacción sustitutiva: el síntoma, que se impone al yo como

una transacción; el yo encuentra alterada y amenazada su unidad por tal intrusión y continúa luchando contra el síntoma, como antes contra la tendencia pulsional reprimida, y de todo esto resulta el cuadro patológico de la neurosis (Freud, 1924, p. 692).

Entre la nosografía de las neurosis de transferencia se encuentran la histeria de angustia, la histeria de conversión y la neurosis obsesiva. En la histeria de angustia, “*se encuentran síntomas fóbicos en diversas afecciones neuróticas y psicóticas*” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 176)

Siguiendo los postulados de Laplanche & Pontalis (1974) y con el orden categorial, se plantea la histeria de angustia que pertenece a las neurosis de transferencia. El término Histeria de Angustia fue introducido en la literatura psicoanalítica por Stekel, basado en los planteamientos de Freud, para aislar una neurosis cuyo síntoma central es la fobia y por otro lado, asemejarla con la estructura de la histeria de conversión.

Más adelante, aparece la histeria de conversión que se encuentra clasificada entre las neurosis de transferencia. Según Samat (2006), dentro de la histeria conversiva aparecen mecanismos entre estos la represión, la conversión y las identificaciones históricas, por otro lado el predominio se halla en el conflicto psíquico y la fijación en la fase fálica.

Siguiendo a Freud (1996), se dice que el psicoanálisis llega a suprimir los síntomas históricos, partiendo de la hipótesis, que son las situaciones o transcripciones de una serie de procesos, tendencias y deseos anímicos afectivos, a los que un particular proceso psíquico como

lo es la represión, ha impedido llegar a su normal exutorio por medio de la actividad anímica consciente. Estos complejos psíquicos retenidos en estado inconsciente tienden a una exteriorización correspondiente a su valor afectivo, a una descarga, y la encuentra en la histeria por el proceso de la conversión en fenómenos somáticos; esto es, en síntomas histéricos. Por medio de una técnica especial que permite reducir de nuevo tales síntomas a representaciones afectivas ya conscientes, se puede hallar la naturaleza y el origen de estos productos psíquicos anteriormente inconscientes.

Y por último se encuentra la neurosis obsesiva, a partir de los postulados de Laplanche & Pontalis, (1974), en la presente neurosis, el conflicto psíquico se expresa por los síntomas llamados compulsivos, entre estos se encuentran las ideas obsesivas, la rumiación mental, la duda, los escrúpulos, la compulsión a relajar actos no deseables por el sujeto y a la vez lucha contra estos pensamientos y tendencias. La neurosis obsesiva es relacionada con otros cuadros clínicos en los cuales se hallan síntomas obsesivos que no necesariamente son evidentes o vistos externamente.

Freud aisló sucesivamente la especificidad etiopatogénica de la neurosis obsesiva desde el punto de vista de los mecanismos “desplazamiento del afecto hacia representaciones más o menos alejadas del conflicto original, aislamiento, anulación retroactiva>>, desde el punto de vista de la vida pulsional “ambivalencia, fijación a la fase anal y regresión” y, por último, desde el punto de vista tópico “relación sadomasoquista interiorizada en forma de tensión entre el yo y un superyó singularmente cruel” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 263).

Del planteamiento anterior, se representa la funcionalidad de la dinámica de la neurosis obsesiva, en la cual describe el carácter anal y las formaciones reactivas que constituyen dicha neurosis y periten relacionarla con otros cuadros clínicos donde los síntomas obsesivos no son evidentes a primera vista (Laplanche & Pontalis , 1974).

El mecanismo y el síntoma tienen canales de satisfacción, el cuerpo para la histeria, el pensamiento para la obsesión y el acto desafiante y transgresivo para la perversión y para la psicosis el problema con el sentido que toma la realidad, que Lacan la llama goce del Otro o que el Otro goza del sujeto. La histeria mayormente produce la pregunta sobre las relaciones entre la psique y el soma (cuerpo). Esto quiere decir que Freud intenta responder el misterio del paralelismo psicofísico cartesiano y entre el monismo y el dualismo y entre el materialismo y el idealismo. De modo elegante, aprovechándose del estudio de las neurosis plantea que entre estos polos se sitúa los conceptos de inconsciente y pulsión, es decir la pulsión es un límite y una frontera entre lo corpóreo y lo 'psíquico siendo este último el espacio de trabajo o de representación de lo corporal.

2.2.2.2.2. Psique-cuerpo: algunas ideas relevantes

La primera diferencia que existe entre medicina, psicología y psicoanálisis, es que en la medicina se utiliza el término "organismo, en la psicología, el cuerpo es entendido como una construcción del esquema corporal, y en cuanto al psicoanálisis, se hace referencia a la palabra cuerpo, el cual se limita como organismo biológico de la medicina y del esquema corporal de la

psicología. Para el psicoanálisis, “el cuerpo equivale a organismo biológico y luego se construye como cuerpo a partir de la relación con el Otro del significante (...). El psicoanálisis se ocupa de cómo el “organismo deviene “cuerpo”, y de cómo el “viviente” deviene “sujeto”. Por eso nos negamos a adscribir al psicoanálisis un carácter de disciplina biológica”. (Nostas & Lora, 2002, p. 12-15).

Por el acontecimiento del significante sobre el organismo del cuerpo biológico sucede el cuerpo erógeno, es decir: “un cuerpo simbólico que se prestará como superficie topológica de inscripción a recibir la marca significante y hará síntoma”. (Nostas & Lora, 2002, p. 12). Para el psicoanálisis, el cuerpo es construido y es visto como un efecto, mas no una referencia, a diferencia de cómo lo ve la medicina, pues para esta disciplina, el cuerpo es una realidad originaria. Por otro lado, para la psicología, el cuerpo es comprendido como una construcción, una maduración orgánica que tiene como base el organismo biológico; pero para el psicoanálisis, el cuerpo es una construcción que no está relacionado con el desarrollo madurativo ni evolutivo, sino que el cuerpo está construido a partir de la incidencia del significante.

“Desde el psicoanálisis el cuerpo es el que vehiculiza los efectos del discurso, de ahí que la anatomía de la histeria no tiene relación obligada con el organismo” (Nostas & Lora, 2002, p. 12). El cuerpo en el psicoanálisis es analizado como algo que está hecho para gozar de sí mismo, como también para expresar o mostrar un síntoma que ha viajado hasta el cuerpo a causa de un malestar psíquico, el psicoanálisis según su dimensión ética, habla acerca del goce, como aquella satisfacción incomprensible a la cual el sujeto se aferra aunque le cause sufrimiento, y por ende

le origina un síntoma, del cual el sujeto tendrá que hablar luego de ese padecer. La atención del analista estará puesta en la forma del relato del paciente, ya que su discurso dará cuenta de muchos datos que le ayudarán al terapeuta, descubrir el fenómeno o la causa de dicho sufrimiento y atender la estructura del paciente, apuntando a desplazar el discurso puesto en el cuerpo anatómico, pues a través de la palabra, se puede transformar lo orgánico (Nostas & Lora , 2002, p. 12).

El cuerpo y sus enigmas: gracias al encuentro y estudio sobre la histeria, Freud descubrió el inconsciente, además dio cuenta de que aquello que define la histeria, es el síntoma en el cuerpo, pues el psicoanálisis se encarga precisamente de los enigmas del cuerpo, y la histeria hace presencia en ello (Izcovich, 2010, p. 9)

El cuerpo, su relación con el otro y con la historia, ha sido objeto de estudio de diversas miradas y exploraciones. En una época pasada, el cuerpo era comprendido como el receptor de la penitencia, arrepentimientos y culpas, visto como un objeto de flagelaciones para poder sumergirse en el mundo de lo puro y lo sagrado. En otro momento, el cuerpo comenzó a ser un objeto de simbolización, privado de cada ser humano, el cuerpo pasó a ser íntimo y único, convirtiéndose en una entidad individual. “el cuerpo es un conjunto de interrogantes”. (Izcovich, 2010, p. 7). Así aparece el cuerpo como un enigma ante el sujeto.

Weissman (citado por Izcovich, 2010) plantea que el cuerpo representa el soma en la medida en la que constituye la parte mortal de la sustancia viviente, introduciendo una distinción

entre esa parte mortal y las células germinales, que representan el germen que sería la parte inmortal, oposición entre soma y germen que sirve a Freud para producir una analogía con su “*dualismo pulsional*” (Izcovich, 2010, p. 69).

Ahora bien, Lacan plantea como el cuerpo puede sufrir por ideas que envenenan el cuerpo, o experiencias que transforman la vida del sujeto. Por ende, Lacan menciona las divisiones de los sufrimientos haciendo referencia a dos neurosis; la primera es la obsesión como enfermedad de las ideas y la segunda es la histeria como enfermedad del cuerpo. Dichos eventos no eran tomados muy en serio por la medicina antes del descubrimiento del inconsciente, si una persona era histérica, no era tenida en cuenta, pues había algo que aquejaba su cuerpo, pero no se hallaba huella de alguna enfermedad fisiológica u orgánica. En épocas pasadas se podía utilizar la palabra como herramienta curativa, pero luego la medicina tomó un rumbo más cerrado y ortodoxo dirigiéndose por el camino de la ciencia médica (Izcovich, 2010, p. 69).

Se puede observar en la actualidad, como el cuerpo en la medicina ha sido comprendido como una materia u organismo segmentado, reemplazable, utilizado como cuerpo máquina y dejando de lado la palabra como mecanismo de una posible cura (Izcovich, 2010, p. 69).

El cuerpo en la clínica analítica: “las manifestaciones del cuerpo son interpretadas por el sujeto de tal modo que se pueda constituir en un enigma o no. Dichas manifestaciones son la expresión de un cuerpo atravesado por los significantes”. (Izcovich, 2010, p. 21). Lo anterior

hace referencia a los inexplicables fenómenos que aparecen anatómicamente y que se traducen o no en un enigma para el sujeto.

Izcovich, (2010) plantea que el cuerpo en la histérica aparece sin una lesión, sin una huella que dé cuenta de un problema anatómico, de lo anterior, el síntoma da cuenta del cuerpo que plantea dos tiempos para su estatuto; en primer momento se habla de una experiencia de goce en el cuerpo en la neurosis, al que no se anexa un significante. En segundo momento aparece una interpretación de esa escena de goce que adopta un carácter sexual.

Según Acevedo (2002) a propósito de lo anterior, dice que en la obra metapsicológica de Freud, el cuerpo es representado simbolizado, cuerpo pulsional, cuerpo erógeno, siendo la erogeneidad la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual. (Acevedo, 2002, p. 9). Se ve que si el cuerpo está de lado de la simbolización, también es comprensible como una estructura a descifrar, a partir de la historia, las distintas épocas y contextos sociales ha sido concepto de diversos significados, como también las representaciones que ha tenido por las culturas y costumbres que rigen cada sociedad teniendo en cuenta el significante que esta tiene, ya sea individual o en las distintas disciplinas como en la cura analítica, pues cada sujeto y dependiendo de su estructura psíquica, le da un significado al cuerpo, teniendo presente el lugar que se le da al cuerpo, de qué clase de cuerpo se habla (Alberro, 2006).

El cuerpo del sujeto pasa por una serie de etapas en las cuales y según su educación y aprendizaje, domestica su cuerpo, lo inhibe de ciertas prohibiciones que la cultura le impone

cómo finalidad moral y ética para introducirse al orden social. El cuerpo es anexado a la colectividad social, le hace recordar al sujeto que su cuerpo no le pertenece en su totalidad, pues esta compartido por los ámbitos que le rodean (Alberro, 2006).

El cuerpo se vuelve un instrumento económico, al servicio de la sociedad y a las diferentes instituciones que se manejan dentro del Sistema, como por ejemplo la mercadería, el trabajo, el consumo, por esto mismo, el cuerpo se explota para el otro, ese otro que lo obliga a realizar tareas forzosas o a cumplir cánones que se obligan a llevar según la demanda de la época, los modelos impuestos de belleza determinada, explotándolo estéticamente. Si por el contrario, el sujeto siente fuera de los parámetros exigidos abruptamente por la sociedad, este sentimiento puede llevar al sujeto a exigirse exageradamente hasta el punto de desencadenar una enfermedad grave (Alberro, 2006).

Más allá de las racionalizaciones éticas, teológicas, científicas y estéticas, es la de insertar al individuo en la sociedad. Así mismo, el cuerpo es la vía que utiliza Freud para descifrar un conflicto psíquico y por ende descubrir que sucede en el inconsciente y que se puede hallar que puede dar cuenta del malestar en el sujeto. A partir del estudio del aparato psíquico, Freud abandona el campo de la neurología y comienza a interesarse por los síntomas somáticos de las mujeres histéricas, casos por los cuales encontró un conjunto de elementos que ayudaron a conformar su teoría; la libido, la represión, la sexualidad infantil, compulsión de repetición, pulsión de muerte; todos estos mecanismos instalados en el cuerpo de un sujeto con un estado de malestar (Alberro, 2006). En el Nuevo campo de estudio explorado por Freud, experimenta en sus casos de análisis, que los “síntomas somáticos de las mujeres histéricas, obedecían a una

distribución anatómica puramente fantaseada”. (Alberro, 2006, p. 3). Es decir, el cuerpo afectado en una histeria no obedece a la anatomía general, sino a las vías de los fantasmas.

En el año 1890, Freud estudia las enfermedades nerviosas en el período pre-psicoanalítico, para dar cuenta de los procesos psíquicos y el funcionamiento del Sistema neuronal. A continuación, Freud descubre que a partir del saber del paciente y por medio de la palabra como vía de comunicación, se consigue la cura, ya que la manifestación de experiencias traumáticas del sujeto, permiten revelar aquello que causa malestar (Alberro, 2006).

El cuerpo en la cura psicoanalítica está implicada entre el momento terapéutico, aunque solo se conozca el método empleado por el analista, el diván y el paciente como triadas primordiales del espacio como un encuentro limitado, donde se cree que se olvida y se aísla el cuerpo. Existe otro saber, otra realidad, como lo comenta Alberro (2006), los cuerpos del analizante y del analista están implicados en la cura analítica más allá de lo que se desarrolla bajo la égida del lenguaje y del pensamiento. El analista eclipsa su propio cuerpo, le impone silencio, y se hace el sostén de los fantasmas del otro cuerpo que lo reviste. En cambio, este otro cuerpo, el analista “lo escucha”, recoge las “palabras”, el discurso, la entonación, la sintaxis, la afectividad que acompaña estas palabras. Cuando prima el silencio en terapia, el cuerpo sirve como apoyo y pantalla de proyección para dar cuenta del estado del sujeto, lo que manifiesta como causa del deseo.

“El cuerpo en la teoría psicoanalítica, desde el descubrimiento del Inconsciente, Freud no cesó de remarcar la incidencia de éste sobre el cuerpo”. (Alberro, 2006, p. 1). Por otro lado, el síntoma histérico Freud descubrió que el síntoma histérico se generaba a causa de una muy intensa, el sujeto en su estado consciente reprimía eventos negativos pretéritos de su vida y que después se manifestaban físicamente, como traducción simbólica de que algo está sucediendo con el estado anímico del sujeto.

No sería el cuerpo a lo que es si lo desprendiéramos de psique, en la obra freudiana y en general en el campo psicoanalítico, “Lo psíquico está constituido por las percepciones de la realidad objetiva, externa, así como por las de la realidad interna, las de las vivencias y afectos” (Cesio, 2002, p. 25). En lo psíquico se halla todo lo que está reprimido, también los sueños y fantasías derivadas de las percepciones y por tanto, son aquellas que le manifiestan a la conciencia lo psíquico.

Según Gallo (2006), a partir de los estudios y descubrimientos que hizo Freud acerca del inconsciente, se comenzó a pensar acerca del psiquismo humano, fuera de parámetros científicos, observables o medibles. El psicoanálisis toma al psiquismo como un fenómeno complejo de comprender, también es entendido como un sistema abierto, ya que el sujeto pertenece a este centro de organización, de recreación de todo aquello que recibe, por tanto, el psiquismo es indispensable como sistema abierto, porque permite relacionar al sujeto acerca de sus experiencias de vida, relaciones con el mundo exterior, todo lo que se trate de relacionar con la producción subjetiva, por tanto, se dice que “La realidad psíquica es la apropiación fantasmática

de esas tramas donde se articula determinismo (en cuanto a ciertos constituyentes estructurales) con azar (acontecimientos no reductibles a la estructura)” (p. 1).

El psiquismo es un fenómeno complejo y no lineal, ya que puede ser un sistema abierto y cerrado al mismo tiempo. Cuando este se cierra, da a entender que no permite aceptar información del exterior, pero a la vez es abierto cuando permite el intercambio de energía, así mismo, el psiquismo puede modificarse y ser determinante en cuanto a los intercambios que se genere con el mundo exterior. De lo anteriormente dicho, se puede decir que los seres vivos no son sistemas separados, sino abiertos, los cuales intercambian energía y materia con el medio, influyente a lo que les rodea, por tanto, el sujeto es un sistema abierto que se auto-organiza con base en su biografía, sus experiencias de vida, conflictos, satisfacciones, rupturas, regresiones, etc., donde incluye en su mundo a los otros que pertenecen a su historia de vida no lineal (Gallo, 2006).

El psiquismo, con base en los descubrimientos psicoanalíticos, no puede ser un sistema abierto en equilibrio, pues lo que se logra constituir, inmediatamente se deshace en el mismo instante, y cuando llega algo que se quiere incrustar equilibradamente, obedece a la pulsión de muerte, la cual opera en silencio, y también es conocida como pulsión destructiva, que es todo lo contrario a la pulsión de vida, la cual, trata siempre de buscar nuevas investiduras o ligazones para generar desequilibrios (Gallo, 2006).

Por otro lado, es importante tener presente que del concepto de psiquismo, nace el significado de lo psíquico, es decir, que lo psíquico nace de la reflexión de un sujeto en su

encuentro con el otro, así mismo, para definir psiquismo, se necesita una relación entre sujetos y de dichos vínculos que permiten producir representaciones.

Tanto el psiquismo como el sujeto, tiene algo en común y es que ambos no se pueden medir, y el principio de indeterminación es prueba de eso; vale decir, que el psiquismo no es un proceso de verificación de lo falso o lo verdadero, sino que es un proceso representativo de un objeto de satisfacción que se halla inconsciente y que de la única manera que se quiere que se haga consciente es que dicho objeto sea representado por palabras (Gallo, 2006).

Lo dicho anteriormente por Gallo y Green, indica que hay diferencias estructurales entre lo consciente e inconsciente y entre el yo y la definición de sujeto que tiene el psicoanálisis. Las diferencias pueden ser observadas en términos de conflicto psíquico, tanto que “En psicoanálisis se habla de conflicto cuando el sujeto, se oponen a exigencias internas contrarias” (Laplanche & Pontalis, 1974, p. 76). El conflicto se puede manifestar mediante un deseo, perturbación moral como también pueden surgir sentimientos contradictorios. También el conflicto puede ser latente, expresándose por medio de síntomas, cambios y trastornos en la conducta y perturbaciones del carácter, entre otros.

Aquí, cabe preguntar de que sujeto puede soportar tales ambivalencias y ser el soporte a su vez de los modos de tramitar lo que aquí se ha indicado como conflicto psíquico. Este sujeto, es el de psicoanálisis, sujeto dividido, sexuado, deseante, del inconsciente. La gestión freudiana descubre en lo inconsciente el valor de fuente y causa de los procesos psíquicos, haciendo que lo “irracional” se transforme en material de análisis (Lucero, 2012).

Por otra parte, teniendo presente otra explicación acerca del concepto *sujeto*, según los planteamientos de Campalans (2006) se habla de sujeto solo bajo la experiencia analítica y bajo la transferencia que se da entre paciente y terapeuta, pues en este momento, es donde se produce la relación del yo con el inconsciente y el origen de la historia del sujeto, donde se da comienzo de la libre asociación del discurso, las experiencias traumáticas del paciente, por eso se convierte en sujeto del inconsciente, el sujeto aparece cuando surge el Otro, el que hace lectura del sujeto.

Es necesario distinguir a ese sujeto de la persona o individuo, del Yo y también del Ser. El sujeto no es la presencia onírica que tenemos delante, no es un sujeto de hecho, fenoménico, observable, objetivable. El sujeto es inmaterial o más bien textual, no se sostiene en la conducta sino en lo simbólico; por ende no tiene otra consistencia que la de los significantes a los que está sujetado. Tanto que para Lacan la definición de sujeto no se puede separar de la del significante; una definición que no es lingüística sino psicoanalítica: “un significante es lo que representa a un sujeto”, no para otro sujeto adviértase, sino: “para otro significante”. Es decir, está representado pero a medias, dividido entre significantes no tiene representación plena en el decir, pero a la vez, aún en el sinsentido, no habrá significante del relato que no implique al sujeto (Campalans , 2006, p. 162).

Si el cuerpo es lo dicho, es decir, es el paso del organismo al cuerpo del significante y el cuerpo es un efecto del significante, ¿de qué modo se relacionan estos (cuerpo y sujeto) con el placer y la satisfacción? ¿Solo somos cuerpo, solo somos inconsciente, solo somos psique, somos solo relaciones con los otros?

El concepto de goce viene a decir sobre estas paradojas de no solamente ser algo, sino estar afectado por diferentes polaridades y escisiones. El concepto de goce no es fácil de comprender por sus múltiples definiciones que abarca, a partir de la teoría de Lacan, el Goce se entiende como “todo lo que proviene de la distribución del placer en el cuerpo o como la satisfacción de una pulsión” (Castelli & Sarraillet, 2011, p. 2). El goce es interpretado como una satisfacción y una tensión que excede los límites del placer, lo que limita o apresa al sujeto, colocándole ataduras como forma de pagar un reproche, es decir, de algo que no puede resistirse: “El término goce hace referencia a un lugar en la estructura, lugar que parece resultar necesario lógicamente, por la incidencia misma del significante” (Castelli & Sarraillet, 2011, p. 2).

Según (García, 2014) el goce es la tensión inscrita en el cuerpo, cuando aparece el dolor es porque hay existencia del goce y a ese nivel del dolor se puede experimentar una dimensión del organismo que de otra manera aparece velada. El cuerpo está hecho para gozar, y del mismo modo sufrir o padecer dicho dolor generado por el goce, el sujeto goza de sí mismo. Por tanto, como el goce está vinculado al sufrimiento, el goce se opone al principio del placer, aislándose del bienestar y vinculándose al dolor volviéndose intolerable para el sujeto, generándole un exceso de síntomas.

A diferencia del goce, se encuentra el deseo, en el cual la tensión disminuye. El deseo se manifiesta como carencia del sujeto, como una falta, se trata básicamente de adquirir o buscar el deseo de reconocimiento, demanda dirigida hacia el Otro para hallar dicho reconocimiento (García, 2014). Según planteamientos psicoanalíticos, “La concepción freudiana del deseo se refiere fundamentalmente al deseo inconsciente, ligado a signos infantiles indestructibles”

(Laplanche & Pontalis , 1974, p. 96). A partir de postulados freudianos, el deseo se halla indisolublemente ligado a las huellas mnémicas de satisfacciones pasadas y primitivas.

Dicho de otro modo, si el deseo no encuentra el camino de satisfacción, se forman síntomas, generando malestar en el sujeto, “El síntoma desde el psicoanálisis no es una enfermedad sino una formación del inconsciente, una gran creación metafórica. Metáfora que responde a una pregunta del sujeto, metáfora que ocurre en el cuerpo” (Nostas & Lora , 2002, p. 16).

Según Gallo, et. al (1988), la palabra síntoma, denota en sentido superficial una singularidad neurofisiológica como psicológica, tanto en ambas, el síntoma califica toda clase de afección o alteración funcional de un miembro interno o externo del cuerpo, donde ocurren alteraciones de orden racional; por otro lado, en el nivel neurofisiológico el proceso patológico es producido a causa de una lesión orgánica concomitante. La noción de síntoma en la clínica médica se basa en la estructura del signo que sirve para especificar una enfermedad como tal, El síntoma en el campo de la medicina es la señal de una patología hallada en el organismo (Kelman, 2012).

El síntoma médico consta de dos caras: la señal sintomática y su significación en el orden de lo patológico, propia y diferencial, situado a nivel del organismo de la biología. El discurso medico parte del signo semiológico, pero muchas veces, sucede que el médico no encuentra una causa orgánica de alguna perturbación que presenta el sujeto. En la historia de la medicina y la psiquiatría se sostenía que si un sujeto se encontraba con una enfermedad sin causa orgánica y

síntomas ausentes de evidencia alguna por apariciones sintomáticas sin razón, decía que se trataba de un sujeto mentiroso, traidor que fingía dolor, haciéndose ver enfermo. Por consiguiente, la psiquiatría se hizo cargo de los casos que se hallaban sin-sentido y sin-razón, de síntomas que se encontraban sin una explicación orgánica, sirviéndose así mismo de los estudios de la neurociencia y ligada a la medicina, no se hallaba justificación de ciertas manifestaciones corporales en algunos pacientes (Kelman, 2012).

Estos casos sin causa orgánica, fueron estudios por el cual la psiquiatría abrió camino al entendimiento de la mente basándose en una nueva clasificación nosográfica, teniendo en cuenta del mismo modo el sufrimiento subjetivo del paciente (Kelman, 2012). El ideal científico tecnológico desprendido de la clínica, aplicaba técnicas a un órgano sin tener en consideración otros aspectos intrínsecos, pues solo interesaba medicar y reducir el silencio de una enfermedad que posiblemente se habría podido intervenir desde distintas miradas para no solo objetivar y calibrar el órgano como independiente y responsable de un síntoma o enfermedad orgánica (Kelman, 2012).

Sucedía del mismo modo, que, muchos casos fueron tratados desde la clínica farmacológica, basada en la orientación cognitiva, en cuanto intervenían de manera limitada, olvidando factores que se ligaban con el malestar del sujeto, como contextos, vivencias traumáticas, etc., la palabra del sujeto no era tomada en cuenta, por ende, resultaban riesgos y consecuencias que implicaban la salud del paciente, pues solo era curado su problema por medicamentos que sugestionaban la enfermedad real (Kelman, 2012).

Si un caso aparecía sin explicación alguna, ese rechazo en si comenzaba a crear indisposición en el campo médico, lo cual significaba que el sujeto por medio de síntomas estaba revelando otro problema que estaba más ligado a una patología devenida del goce. Para el psicoanálisis, lo más importante se encontraba en lo que traía el sujeto a consulta, la palabra puesta como primer elemento importante en una terapia para dar cuenta de síntomas y causas que estos generaron, la verdad subjetiva y la responsabilidad asumida por el propio paciente, le permitía una posible cura. A través del discurso, se podía hallar una verdad y una curación a los síntomas que se encontraban reprimidos por el propio silencio del sujeto (Kelman, 2012).

Por lo antes mencionado, se plantea que, “la interrogación del estatuto del síntoma alojado en el espacio de intersección de la clínica médica y la clínica psicoanalítica, requiere de la distinción de la noción de síntoma-signo semiológico y síntoma-letra respectivamente”. (Kelman, 2012, p. 43). Ambos campos clínicos, intervienen de modo diferente, interpretan desde distintas miradas, Ambas teorías recortan distintos reales y generan implicaciones en casos diversos de sujetos. Por lo tanto, “El síntoma es la inscripción significativa en el cuerpo; el síntoma es un modo de gozar del inconsciente y la cura analítica no se limita al desciframiento”. (Izcovich, 2010, p. 8).

En el campo psicológico, no se da ninguna intervención orgánica, “por alteración ha de entenderse la disminución de la excitabilidad o de una causalidad fisiológica, que en estado normal permanecen constantes o varían dentro de límites determinados (Gallo, et. al., 1988). Freud afirmaba que la lesión de una parálisis histérica, debía estar completamente separada de la

anatomía del sistema nervioso, pues la histeria se manifestaba a través de una parálisis como si la anatomía no existiera (Gallo, et. al., 1988).

Más adelante, Freud hace un análisis a partir de una idea subjetiva del cuerpo en la histeria, para demostrar que el fenómeno histérico no puede ser ignorado o fingir que se desconoce como una enfermedad grave, no de índole orgánico, pero sí de orden psíquico, dicho de otro modo: “la histeria ignora la distribución de los nervios, y de este modo no simula la parálisis periférico espinal o de proyección” (Gallo & otros, 1988, p. 46). Por lo anteriormente planteado, queda registrado el síntoma corpóreo como un evento que se manifiesta sin la interrupción de una lesión orgánica concomitante.

Desde Freud el síntoma se forma como algo que no ha logrado la manera de manifestarse en el exterior, muchos procesos psíquicos se han visto interrumpidos o perturbados sin llegar a la consciencia, por tanto, emergen así mismo los síntomas que obligan a dichos procesos a permanecer inconscientes y reprimidos, generando en el sujeto conflictos psíquicos y por ende sintomatologías corporales. La represión es una situación que constituye la formación de síntomas (Nostas & Lora , 2002).

Lacan (citado por Soler, 2001), dice que “el symptôme est un événement du corps”, lo cual se debe traducir, el síntoma es un acontecimiento o un suceso o un evento en el cuerpo. El síntoma también es una conexión que se establece vía el lenguaje, pero no es una conexión de

significantes y lenguaje, sino una conexión entre cuerpos, ahora bien, según Lacan, este cuerpo no es imaginario, tampoco es el cuerpo simbólico, es el cuerpo vivo el que habla.

“Cuando Lacan habla de cuerpo no habla de sujeto hablante, habla del individuo que tiene un cuerpo para gozar”. (Soler, 2001, p. 17). El síntoma como acontecimiento del cuerpo, finalmente podría ser una frase muy descriptiva, fenomenológica, ya que la mayoría de los síntomas de los cuales el psicoanálisis se hace cargo, remiten al cuerpo y especialmente una posible somatización de histeria. Los primeros síntomas histéricos que Freud halló eran somatizados, es decir, el cuerpo llegaba a ser afectado por una perturbación al nivel orgánico.

Así mismo, la mayoría de las clasificaciones de síntomas en las perversiones por ejemplo, conciernen al cuerpo, además de otras perversiones como el voyerismo, exhibicionismo o el sado-masoquismo, conducen a pensar en algunas prácticas corporales. El descubrimiento de Freud consistió en “mostrar vía la técnica de desciframiento que el síntoma es un destino de la pulsión y por supuesto la pulsión es un asunto de cuerpo”. (Soler, 2001, p. 10), por tanto, el síntoma es el destino que deriva de la pulsión.

Freud descubrió todas las pulsiones por medio de la construcción teórica de la neurosis y la histeria, en la cual también creó una teoría sobre una serie de pulsiones llamadas parciales. Sin embargo, con toda la serie de pulsiones descubiertas, Freud no pudo descifrar el síntoma, pero Lacan, logró formular años después lo que Freud no pudo y fue la carencia, es decir, “una falta en el corazón del discurso inconsciente” (Soler, 2001, p. 10).

El sujeto goza de su propio cuerpo, el goce es siempre el goce del cuerpo, un goce que no se comparte, es decir, el goce es siempre el goce de uno mismo con su cuerpo propio. Sin embargo, cuando se interpone la mediación de otro cuerpo, es otra manera de gozar de su propio cuerpo, y aquí es donde se forma dos tipos de síntomas (Soler, 2001, p. 10).

Un tipo de síntoma, es aquel que denominamos, síntoma autista, es donde el sujeto goza de su cuerpo sin pasar por la mediación de otro cuerpo; por ejemplo la bulimia y la anorexia, son prácticas sintomáticas corporales en las cuales el sujeto juega solo con el mismo, cara a cara, el solo con su goce, igualmente ocurre con la práctica toxico maníaca, el uso de las sustancias psicoactivas dejan al sujeto con su cuerpo y sus fantasías, pero solo con su cuerpo. Por otro lado, se encuentra la depresión, tan conocida, y es un tema que permite abordarse como un modo de goce. Por lo anterior, se puede entender que hay muchos tipos de síntomas, entre estos el síntoma autista y por otra parte, los síntomas que instauran un lazo entre los cuerpos (Soler, 2001, p. 15).

Cuando se establecen lazos entre los cuerpos, dos vías de lenguaje, es porque no hay presencia de síntomas autistas, por lo anterior se podría plantear que todo lazo social es sintomático (Soler, 2001, p. 9).

Según la conceptualización freudiana, el síntoma histérico no sigue las leyes de la anatomía, ya que parte de la subjetividad y experiencia misma del sujeto, perturbaciones incubadas del inconsciente que no puede explicar la ciencia de la neurología, por ende, la histeria

se sale de los marcos científicos para crear así un nuevo discurso, conocido como el discurso analítico que claramente lo explicará el psicoanálisis. (Soler, 2001, p. 9).

En otras palabras y con base en la teoría psicoanalítica, se plantea que el síntoma es una manifestación que muestra el malestar oculto del estado y la energía psíquica del sujeto. De igual forma, Lacan define que el síntoma es articulado en el lenguaje y expresado en palabras, que en el momento de ser verbalizadas libera gran cantidad de malestar reprimido, que se hallaba en el inconsciente, por tanto, el síntoma es el mensaje, representado simbólicamente y estructurado por formaciones del inconsciente. También el síntoma, además de manifestarse por medio de la palabra, también aparece descifrando un mensaje a través de la expresión corporal, traduciendo una fórmula de compromiso entre el yo y una representación acordada. El síntoma actúa como un fenómeno de protección y que muchas veces estos síntomas son experimentados por el sujeto como sensación de goce.

¿Todo es síntoma del cuerpo? no, en el campo del lenguaje existen fenómenos como el psicósomático que no es síntoma. Según Farré, Marcet & Rigo (2001) El fenómeno psicósomático se entiende como el fenómeno de trastornos orgánicos que no presentan enfermedades orgánicas, el fenómeno psicósomático está relacionado con los factores psíquicos. Entonces, el fenómeno psicósomático se define por tener una lesión en el cuerpo, marca el efecto del inconsciente sobre el cuerpo, es el efecto del significante que produce lesiones corporales; los fenómenos psicósomáticos pertenecen al orden de la realidad sensible, implican al cuerpo (Alberro, 2006).

Las obras de Freud no están asociadas al estudio psicosomático; sin embargo, sus investigaciones van a servir como base a los estudios de los futuros psicoanalistas para elaborar estudios sobre lo psicosomático. Freud se preocupó más por el campo teórico de la economía pulsional y los recorridos por las conversiones histéricas, los síntomas somáticos, síntomas hipocondríacos, enfermedades orgánicas constituidas, neurosis, las relaciones de los estados patológicos del cuerpo, como también los psicopatológicos (Farré & otros, 2001)

La psicosomática para el psicoanálisis ha sido fuente de confusión entre las múltiples elaboraciones de teorías y escuelas. Hay un principio que compone al fenómeno psicosomático y es la relación que existe entre lo corporal y lo emocional. (Farré & otros, 2001, p. 127).

Para Lacan, “la psicosomática es como un inscrito en el cuerpo que requiere ser descifrado como un jeroglífico” (Farré & otros, 2001, p. 129). En los orígenes de la historia de la medicina se plantea varias ideas elementales que van a incidir en la práctica médica, surgen dos tipos de conceptualización para definir lo psicosomático. La primera parte de la Escuela Hipocrática del cuerpo y su concepción dinámica, humoral y espiritual, así mismo, construyendo una concepción de lo que significa que es el paciente y comprendiendo del mismo modo que dicho sujeto en su conjunto está enfermo. La otra corriente era representada por la escuela Knidos, de orientación materialista y organicista, en su concepto, solo da a entender que el paciente tiene una enfermedad.

Según los planteamientos del autor Joseph Monseny (citado por Farré & otros, 2001) en su artículo “la psicopatología generalidades y especificidad”, explica 3 maneras de entender el concepto psicopatológico:

- La medicina psicopatológica: pretende incluir en su conjunto médico aspectos subjetivos y surge como reacción ante la científica que excluye al sujeto (2001).
- La psicopatología como ciencia autónoma: “corriente impulsada por Pierre Marty, plantea a la psicopatología como una ciencia fundamental, e incluye la medicina psicopatológica dentro de ella” (Farré & otros, 2001, p. 127).
- El fenómeno psicopatológico: “tiene un sentido más restringido, son trastornos orgánicos cuya causalidad o evolución no responden a la lógica de las enfermedades orgánicas y tiene relación con los factores psíquicos, trastornos que no encuadran dentro del campo de los síntomas neuróticos” (Farré & otros, 2001, p. 127).

Alrededor de los años 50, un grupo de psicoanalistas comenzaron a interesarse por las enfermedades somáticas. Sus debates se iniciaron con la pregunta sobre el sentido del síntoma somático. Las enfermedades somáticas se estudiaron en los años 1950 -60, y a partir de estas investigaciones, se desarrolla una teoría sobre la enfermedad somática ligada al estado depresivo.

Cuando ocurre un conflicto en la organización psíquica de un sujeto, debido a las excitaciones que se acumulan en el inconsciente, desarrollan una desorganización progresiva de los aparatos somáticos pudiendo elaborar una enfermedad orgánica, como por ejemplo un cáncer. “La noción de desorganización reposa sobre una concepción energética a la que está sometida la pulsión de muerte. Esta desorganización marca, en el canceroso, una estructura fundamental inamovible, sin síntoma neurótico o psicótico, es decir sin sistema defensivo”. (Alberro, 2006, p. 8).

Sami-Ali, psicoanalista de origen judío, plantea la teoría del instrumento metodológico para elaborar una estrategia terapéutica. Permite recentrar la dimensión del cuerpo real lesionado por la enfermedad somática, sobre los “efectos de cuerpo”, es decir sobre la dimensión imaginaria del acontecimiento somático. Antes de que aparezca una enfermedad somática, hay represiones que se instalan en el orden de lo imaginario en el funcionamiento mental del enfermo. La represión según el autor, “permite al sujeto adaptarse socialmente adoptando las exigencias del medio familiar y hacer abstracción de lo que él es en tanto subjetividad” (Alberro, 2003, p. 9). Cuando la represión desaparece, desaparece igualmente el conflicto psíquico, dejando consciente al sujeto de su realidad exterior, por lo tanto, hace frente a las responsabilidades externas y por ende neutralizando sus efectos internos.

Por otra parte, es fundamental exponer como un síntoma histérico se diferencia de una enfermedad psicósomática, el primero, siendo una somatización funcional, que no deja huella o daño visible en el cuerpo, desapareciendo debido a una interpretación a través de la palabra, pero

la enfermedad psicosomática es una somatización con lesión del órgano (Alberro, 2006).

“En la segunda mitad del siglo XIX, se crea el término psicosomático, también es un concepto utilizado por el psicoanálisis y sus planteamientos clínicos y su utilización en las curas psicoanalíticas”. (Alberro, 2006), p. 1). La psicosomática psicoanalítica parte del sujeto enfermo y de su funcionamiento psíquico, comprendiendo las raíces por la cuales surge una enfermedad somática. Pero la medicina, como disciplina rigurosa que parte de la ciencia y postulados científicos, comprende la enfermedad como una causa debida a diversos factores etiológicos, entre estos los biológicos que comprenden la parte genética y hereditaria, factores ambientales, sociales y factores psíquicos.

La psicosomática para el psicoanálisis ha sido fuente de confusión y discusión entre las múltiples elaboraciones de teorías y escuelas. Existe un principio que compone al fenómeno psicosomático y es la relación que existe entre lo corporal y lo emocional (Farré, Marcet, & Rigo, 2001, p. 127).

Un fenómeno psicosomático aparece debido a experiencias o vivencias traumáticas que padece el sujeto, como por ejemplo, pérdidas comprendidas como los duelos no resueltos, golpes del destino, eventos traumáticos o sucesos alegres, un nacimiento, entre otros. La mayoría de estas experiencias aparecen repentinamente sin avisar, a lo cual, el sujeto no tiene tiempo de reaccionar ante dicha circunstancia y la dimensión simbólica aparece alejada del sujeto. El

fenómeno psicossomático, no aparece en la vida de los individuos como una estructura aislada (Alberro, 2006).

Los pacientes con fenómeno psicossomático no se cuestionan acerca de su malestar y mucho menos lo asocia al cuerpo, subestiman la relación que une el sufrimiento de una experiencia dolorosa con una enfermedad orgánica, aíslan toda inconveniencia corporal con los problemas psicológicos. Por tanto, los enfermos psicossomáticos recurren repetidas veces a consulta médica, pero no acuden directamente a un analista o psicólogo. (Farré, & otros, 2001, p. 127).

Cuando aparece la enfermedad somática, se comienza a hacer un llamado de atención, en la cual lo psíquico se encuentra ausente, antes de la aparición de los síntomas orgánicos, no se encuentran presencias de un conflicto que anuncie que el sujeto va a enfermedad debido a un malestar interno. El fenómeno psicossomático no se puede entender como una estructura separada e individual, cuando se halla en el paciente una somatización se puede comprender que esta aparece en cualquier estructura clínica sin determinar en qué momentos aparece en la terapia o análisis que dé la cura.

Cuando se menciona el fenómeno psicossomático, aparecen dos términos que son fundamentales conocer para entender cómo funciona lo psíquico en la vida del sujeto. Uno de los términos es el psiquismo, y el otro se llama soma, el psicoanálisis adopta el primer término como base para explicar acontecimientos que datan de las vivencias negativas de una persona, su

inconsciente y sus represiones. El Segundo término, soma es un término utilizado y comprendido en el campo médico para definir el cuerpo como estructura en la cual se instalan las enfermedades del paciente. Ahora bien, es importante tener claro cuál es la diferencia entre estos dos términos y cuál es el campo del cuerpo y de lo psíquico cuando se habla del fenómeno psicósomático (Alberro, 2006).

La enfermedad somática a diferencia del fenómeno psicósomático, es que manifiesta a través síntomas corporales, pues no se puede expresar por medio de palabras, pero si se puede dar cuenta de ello, de la enfermedad somática; en cambio, el fenómeno psicósomático es silencioso, el sujeto no puede dar cuenta de ello.

Llegado el término de este marco teórico, se puede preguntar ¿Cuál es la posición del psicoanálisis en el debate de las relaciones cuerpo y psique, que la misma definición y trastorno de somatización produce? Respecto al anterior, cabe preguntar igualmente ¿Cuál es el concepto de clínica y cura psicoanalítica que lo diferencie de la clínica psiquiátrica americana y que aportaciones hace esta clínica al conocimiento del trastorno de somatización?

3. Hallazgos

Para realizar los hallazgos, se vio pertinente encontrar postulados importantes que aportaran al trabajo de investigación, tomando como base las dos clínicas trabajadas en el marco teórico, y planteadas en los objetivos específicos; entre estas, la clínica americana y la clínica psicoanalítica, indicando los puntos más relevantes para explicar a partir de la historia, vigencia y fecundidad del psicoanálisis, el surgimiento del trastorno de somatización. Los tres postulados hacen un diálogo confrontado con la pregunta y el marco teórico con sus categorías descriptivas, a partir del abordaje de fuentes, las cuales son mencionadas en el diseño metodológico, y por tanto exigen en las fuentes de información, indicar, nombrar, mencionar y definir conceptos claves que aparecen en el planteamiento del problema, y así, finalmente el surgimiento de los hallazgos y las debidas conclusiones.

Los hallazgos hacen una relación y luego un trabajo general de lectura comprensiva, exponiendo 3 categorías que hacen énfasis en el marco teórico. La primera categoría menciona los problemas asociados al trastorno de somatización, que se presenta en el campo de la salud como uno de las repercusiones que ocasionan traumas psíquicos en el paciente a causa de posibles problemas bélicos, familiares, sociales, etc. Muchos autores mencionan que la somatización surge debido a problemas psicológicos que pueden ocasionar una enfermedad física. La segunda categoría es la descripción de la clínica del trastorno de somatización, su auge en los manuales DSM III – DSM IV y desaparición en el DSM – V, explicando cómo se fue convirtiendo el manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales en una guía de tratamiento con bases científicas, excluyendo de la misma manera el sentido de los síntomas.

Y por último, se expone la tercera categoría, explicando desde una mirada psicoanalítica, con el fin de explicar la importancia de la teoría clínica de las neurosis, la importancia de entender esta patología y su influencia en la vida psíquica del sujeto, como lo son las perturbaciones y represiones que le generan malestar y posiblemente un trastorno o enfermedad mental.

Los hallazgos están hechos a manera de ensayo, en el cual doy cuenta de las categorías de forma metodológica, donde se expone el tema del *trastorno de somatización y su relación con la teoría clínica psicoanalítica de la neurosis*. El nivel del ensayo es además analítico, pues ayuda a sistematizar la información y muestra de manera global el tema planteado anteriormente, como también, el descubrimiento de la teoría y el encuentro de las fuentes tanto primarias como secundarias, además de ser un escrito de ideas argumentativas, en el cual, da cuenta de las relaciones implicadas en el trastorno de somatización a partir de diferentes posturas, las cuales aportan al conjunto del saber establecido.

A continuación, se presentan las 3 categorías que componen los hallazgos:

3.1 Problemas asociados al trastorno de Somatización

Elemento importante en esta revisión del trastorno de somatización es la vigencia y fecundidad del enfoque con la que se ha realizado: ¿en qué sentido son vigentes y fecundos el psicoanálisis- como clínica y conjunto de teorías- y la psiquiatría de los últimos 50 años? ¿Porque enfermamos continuamente los seres humanos, sin la capacidad de entender o buscar

una explicación a ciertas perturbaciones que causan daño a nuestro organismo y nuestro bienestar?

Más que la búsqueda de una explicación médica a la aparición de síntomas, se trata de comprender que algo causa malestar y estas son las experiencias traumáticas o el sentido de las mismas, las que producen los estados de angustia y así mismo, generan marcas dolorosas en el cuerpo o en el organismo, manifestándose por medio de enfermedades orgánicas o dolores en algunas partes del cuerpo, como por ejemplo, dolores de cabeza o parálisis de los miembros; en este sentido, una de las intenciones de la somatización es expresar el conflicto psíquico que se halla interno y la causa del malestar, los síntomas que aparecen como marcas, son identificaciones de la perturbación anímica, por tanto, a esto se le denomina somatización, algo que hace presencia en el organismo a causa de una molestia emocional, psíquica o mental.

El fenómeno y proceso de somatización es conocido en medicina desde las épocas antiguas, aunque la somatización ha sido relacionada con la histeria, ha recibido fuertes rechazos por la medicina antes del siglo XIX y todavía se puede decir que hay críticas y repercusiones en cuanto al reconocimiento de la histeria. Sin embargo, en el campo médico a partir de los estudios epidemiológicos de la somatización, se comenzó a relacionar con el trauma psíquico, relevante para el campo de la salud, lo que generó como consecuencia en la década del siglo XX importancia y preocupación ante los traumas bélicos, civiles y familiares como influyentes en la salud del paciente y posiblemente los causantes de sintomatologías somáticas (Guzmán Guzmán, 2011).

Muchos autores mencionan que la somatización se presenta por problemas psicológicos y psiquiátricos, como el estrés emocional, lo anterior, puede ser posiblemente una explicación a muchas enfermedades orgánicas causadas por malestares psicológicos no tangibles que presenta un paciente en dichas consultas médicas, siendo el estrés una de las causas que desarrollan patologías o enfermedades orgánicas. Por ende, una de las razones de la existencia de somatizaciones son las emociones ligadas también a eventos sociales estresantes que intervienen en la salud del sujeto. La somatización, entendida a partir de lo anteriormente dicho, es un fenómeno complejo, que necesita de la ayuda médica para encontrar hipótesis y determinar diagnósticos que puedan hallar una explicación a muchas patologías. La somatización repetidas veces se halla en sujetos con dificultades psicológicas como el estrés emocional y no son capaces de manifestarlo, la somatización se hace muchos más evidente en casos de enfermedad orgánica verificable que amplifica los síntomas somáticos.

La somatización se convirtió en un fenómeno clínico y muchos médicos y psiquiatras han tratado por muchos años encontrar una explicación a dicha problemática que ha generado diversas discusiones; así mismo, entre los debates médicos, muchos profesionales del campo de la salud, no querían aceptar que las experiencias doloras o traumáticas del sujeto, podrían generar síntomas corporales o enfermedad física. Los psiquiatras han intentado ahondar en la problemática basándose en teoría empírica de dicho fenómeno para manejar adecuadamente la situación de las somatizaciones que se presentan sin causa orgánica. Indica esto que la somatización es un fenómeno que le ocurre a algunas personas que presentan un problema somático, pero no siempre con la existencia de una evidencia orgánica de dicha patología.

Según la revisión de la literatura, la somatización es percibida como algo que ocurre frecuentemente en la atención primaria, se presenta como un proceso que genera malestar en el cuerpo del paciente, lo cual, lo lleva a buscar ayuda médica, ya que muchas veces este malestar pronunciado no encuentra explicación de causa orgánica. El trastorno de somatización se caracteriza por muchos síntomas somáticos a los cuales no se hallan explicación alguna con base a los hallazgos de exámenes físicos o de laboratorio.

3.2 Clínica del Trastorno de Somatización

A continuación se describe su aparición, auge y desaparición en los DSM III-V y el conflicto por su existencia. Según Stagnaro, (2006) & Laurent, (2008) (citados por Barreira, 2014) el DSM surgió para servir como nomenclador de las enfermedades mentales, en el cual convergían el psicoanálisis freudiano y la concepción psicobiológica (influenciada por Meyer), como también participaba la noción “*reacción de la personalidad*” influenciada por factores psicológicos, sociales o biológicos, predominando sobre los determinantes genéticos, constitucionales y metabólicos.

Barreira (2014) plantea que el DSM es un nomenclador que resulta muy útil para los profesionales de la salud mental, el cual facilita el trabajo inter, multi y transdisciplinar, este manual a la vez es un nomenclador que ayuda a remitir a categorías diagnósticas, como también es una guía de tratamiento que brinda un apoyo para intervenir.

Siguiendo a Barreira (2014) vale resaltar que si se considera el DSM como un índice que clasifica categorías diagnósticas basadas en la observación clínica, ésta nosografía sirve como apoyo para los profesionales del área de salud mental que tratan pacientes con trastornos mentales. Las guías de tratamiento son esenciales para el trabajo clínico, si no se hace una adecuada clasificación descriptiva, puede resultar un gran error conceptual, “en este sentido, no concordamos con el comité científico, que justifica dicho cambio de rumbo de la siguiente manera” (Barreira, 2014, p. 120).

La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos (Psychiatric Association, 1997) (Barreira, 2014, p. 120).

El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, paso del nomenclador a la guía de tratamiento apoyándose en la ciencia investigativa, utilizándola como tutora para evitar el conflicto, pues antes el DSM como nomenclador, se entendía como una investigación empírica y con la llegada de la ciencia, ahora se considera que el DSM abarca fundamentos científicos. El objetivo del DSM dejó de ser solamente estadístico y pasó a tener estadísticas con base en el método científico, convirtiéndose en una guía de tratamiento, basándose solamente en literatura científica y objetiva (Barreira, 2014, p. 120).

Más adelante, una vez determinado la orientación epistemológica del DSM, se comienza a analizar la base empírica y a partir de ahí surge el concepto de trastornos mentales y cada uno es definido con la noción de síndrome, como también un patrón comportamental o psicológico de

significación clínica que posiblemente puede estar asociado a un malestar. Anteriormente, la psiquiatría clásica consideraba la palabra “trastorno” y no una “enfermedad” (2014).

El DSM excluye el sentido del síntoma de su concepción de trastorno mental. Su propuesta es la notación anónima de observaciones, y los síndromes observados llevan nombres (nomenclador) que no dan cuenta sobre cómo es que tales trastornos se han ido gestando (sea por etiopatogenia, por psicopatogénesis, por sociogénesis, etc.), no cuál es el sentido de los mismo al margen de resultar disfuncionales (Barreira, 2014, p. 124.)

Según Barreira (2014), se le hace una crítica al DSM según su punto de vista. Las definiciones que se encuentran en el DSM son respectivamente satisfactorias, sin embargo, la propuesta como guía de tratamiento no es del todo precisa y clara, pues no toma en cuenta la diferencia entre identificar una entidad psicopatológica y entender dicha entidad en su naturaleza psicopatológica. Cuando el DSM define entidades psicopatológicas diferenciales por medio de la semiología, hace que su objeto de observación no pueda ser aprehendido en su complejidad, por tanto, las entidades psicopatológicas, métodos limitados y quizá subestimados.

La existencia del DSM-I y DSM-II no daban cuenta específica de la viabilidad y herramienta útil de los cuadros diagnósticos, en estos manuales se encontraban confusiones entre la descripción y etiología de las enfermedades. Por otro lado, había ausencia de criterios objetivos para cuantificar y medir los síntomas (Vásquez, 1990). Estos manuales diagnósticos, surgieron de la existencia de la historia, en los cuales se mantenía vigente la clínica psicoanalítica. En el siglo veinte se reconocía los trabajos y descubrimientos de Freud, dentro del

campo de la psiquiatría, posibilitando así mismo, la interpretación de los dinamismos psíquicos comprometidos en los cuadros clínicos, como igualmente ocurría en el DSM-II, conservando los aportes de la teoría psicoanalítica. En estos dos primeros manuales de la (APA) no había aparecido aun la existencia del trastorno de somatización.

En síntesis, durante la existencia del DSM-I Y II, el psicoanálisis ejercía un papel preponderante sobre la psicopatología. El primer manual reconocía que el psicoanálisis freudiano posibilitaba en la clínica una interpretación de los dinamismos psíquicos comprometidos en cualquier cuadro clínico; más adelante-DSM-III-, el concepto psíquico y orgánico van cambiando y descentrando la importancia psíquica hacia una visión más corporal, visión predominante en esta época-DSM IV-V-.

Lo dicho anteriormente surge en 1980, momento de publicación del DSM-III, en este manual se comienza a dar cuenta de la desaparición de los postulados psicoanalíticos surgiendo así mismo, otros tipos de cuadros, que no incluían entre estos y sus criterios diagnósticos, a la histeria y las neurosis. El DSM-III apareció con gran fuerza para dar explicación apropiada de cada una de las anteriormente definidas enfermedades mentales, ahora llamados trastornos, tarea por la cual los anteriores manuales estaban imprecisos, lo que distinguió al DSM-III de los dos anteriores era los cambios que surgieron en las categorías diagnósticas en los cuales se modifica el concepto de psíquico y orgánico (Vásquez, 1990).

Más adelante con la aparición del DSM-III-R (APA, 1988), surgen los trastornos somatomorfos, los cuales incluyen el trastorno de somatización, de conversión, hipocondría,

dismórfico, somatomorfo diferenciado y el trastorno no especificado. En el DSM-IV incluyen el trastorno por dolor:

[...]los médicos de la Asociación Americana de Psiquiatría, han establecido ese manual conocido como el DSM III, y que se han dado como objetivo de estudio establecer una especie de clasificación sindrómica, no hablan ya de enfermedades mentales sino de síndromes, de colecciones de síntomas concebidos con la finalidad exclusiva de servir al psicofarmacólogo. Se toman esencialmente aquellos datos que pueden ser modificados por los medicamentos. Lo que tenía que ver con ciertas enfermedades que el psicoanálisis reconoce como tales, como una unidad, la de la histeria, por ejemplo, han sido descuartizadas en "trastornos somatomorfos", "trastornos de ansiedad", "trastornos disociativos", etc. En el DSM III, a diferencia del DSM II, la noción de histeria fue directamente barrida, ya no la consideran una noción útil, y es mucho mejor calificarla de esa manera que permite a los tratamientos ser más precisos (Lombardi, 2015, p. 7).

“Esto es explícito en el DSM III. Ellos dicen que no se ocupan de cuestiones etiológicas ni etiopatogénicas, y que no se ocupan tampoco de la patogenia, es decir, del mecanismo. Esa es la clínica que tiende a prevalecer ahora” (Lombardi, 2015, p. 7).

Entre tanto, en el campo del psicoanálisis se defiende y profundiza en el sentido de la clínica de las neurosis y se promueve la justificación y aporte a la comprensión de lo que es, sin

embargo rechazado del saber médico de los últimos veinte años del siglo XX. Esto significa, que se cree en la vigencia y fecundidad comprensiva del psicoanálisis en lo concerniente a la explicación de los modos de sufrimiento de lo humano que no es sin la categoría-igualmente desechada- de sujeto y subjetividad: por ello, en el campo psicoanalítico, lo prevalente es lo definido por la clínica freudiana, así y todo, algunas escuelas del psicoanálisis, hayan agregado, la clínica de los trastornos limítrofes y narcisistas.

3.3 Una Mirada Psicoanalítica

A continuación se presenta un análisis psicoanalítico a los mecanismos clínicos que forman el trastorno de somatización. En la teoría clínica de las neurosis, se entiende que esta patología nace de las conductas sociales inhibidas, las perturbaciones y represiones del sujeto, es lo que le causa conflictos intrapsíquicos. A partir de los postulados freudianos, la clínica de las neurosis explica como la patología existente se vive como un malestar interior que causa angustia en el sujeto y por ende genera síntomas, y estos mismo aparecen como la manifestación subjetiva, que expresa de manera simbólica, que algo no anda bien con la “salud” del sujeto. Sin embargo, y teniendo en cuenta lo que formula (Ey & Bernard, 1975), es que la neurosis consigue neutralizar la angustia, y los síntomas se vuelven tranquilizadores para el sujeto, como en la histeria, o por otro lado, invirtiendo su sentido en un sistema de castigo merecido o conjurado, como por ejemplo, cuando se da una obsesión. Cuando los conflictos interiores vuelven a aparecer, esto quiere decir que de otro modo, el síntoma busca la forma de salir para reducir el conflicto psíquico, como una forma de desahogo.

El conocimiento de las neurosis en el campo de la salud, como en medicina, psiquiatría y psicología, se ha venido comprendiendo en las instituciones sociales, para dar mayor importancia a dicha patología y los síntomas que esta genera, con la idea de buscar la cura o resolver problemas que aparecen a causa de deseos no resueltos, satisfacciones interrumpidas y represiones. Entre los hallazgos se pudo encontrar que a partir de los planteamientos de Freud, las neurosis actuales aparecen por la falta de satisfacción libidinal. Según (Cesio, 2002)), estas aparecen en la consciencia con cualidad somática, más adelante, cuando el sujeto va a análisis, comienzan a aparecer las raíces psíquicas de dicho fenómeno somático.

Otro elemento clínico importante para el psicoanálisis y en relación con la angustia y el síntoma, es la inhibición que presenta una relación especial con la función corporal o psíquica, no significando necesariamente algo patológico. Se puede entender la inhibición como “la expresión de una *restricción funcional del yo*, restricción que puede obedecer a muy diversas causas” (Freud, 1981, p. 2835), se puede entender como una restricción normal de la inhibición surgiendo como una disminución de la función.

Durante la inhibición-fenómeno temporal y no tiene la duración del síntoma-, aparece la impotencia psíquica, entre ellas del acto sexual y su satisfacción como tal; los síntomas principales de inhibición que aparecen en la vida del sujeto, descritos por Freud, son:

- La desviación de la libido al principio del proceso (displacer psíquico)
- La falta de la preparación física indispensable (falta de erección)

- La abreviación del acto sexual, que puede también ser considerada como un síntoma positivo.
- La interrupción del mismo antes de su desenlace natural (falta de eyaculación)
- La falta del efecto psíquico, falta de la sensación del placer del orgasmo

Otras de las perturbaciones que se encuentran en la inhibición son las condiciones de naturaleza perversa o fetichista, si se consideran como desviaciones de la función sexual: en el sentido de la procreación o en términos del sentido inconsciente y del fin y objeto pulsionales.

Renuncias a la función a causa de que durante su realización surgiría angustia, sucede cuando en la mujer es frecuente el miedo angustioso directo a la función a la sexual, también, en la experiencia sexual en los obsesivos, sucede que estos en sus actos, demuestran prevenciones y aseguramientos contra experiencias sexuales, siendo estos de naturaleza fóbica (Freud, 1926, pág. 2835).

Igualmente, “Otras inhibiciones tienen efecto evidentemente en servicio del autocastigo, muy frecuentemente sobre todo en el campo de las actividades profesionales” (Freud, 1926, p. 2835), de lo anterior se puede deducir que el *yo* se ve imposibilitado de hacer determinadas cosas que lo llevarían a alcanzar el éxito, sin embargo, el *superyó* le prohíbe el triunfo de alcanzar dicho éxito, por consiguiente, el *yo* renuncia al éxito que en este caso sería la función, y por tanto no entran en conflicto con el *superyó*.

Por lo antes mencionado, se entiende que la inhibición es la restricción de las funciones del yo, que puede servir de modo alguno, como una medida de precaución o también puede concebirse como un empobrecimiento de la energía, lo cual, hace que la inhibición se diferencie del síntoma, pues este último no puede ocurrir sobre el yo, más bien, el síntoma vale como signo de un proceso patológico y emerge como un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto o pulsión-, como resultado del proceso de la represión y aparece cuando hay una modificación extraordinaria o una función nueva. Lo que relaciona a la inhibición del síntoma, es que una inhibición puede constituir un síntoma. El síntoma surge del impulso instintivo-según traducción de López Ballesteros del término trieb, que Echeverri para la edición de Amorrortu, traduce como pulsión- obstruido por la represión.

Así como Freud trata la inhibición asociándola o diferenciándola del síntoma y la angustia en 1926, la asociación de neurosis y angustia fue temprana en la historia del psicoanálisis, en 1894, Freud gesta la categoría clínica de neurosis de angustia, perteneciente a las neurosis actuales, estas surgen en oposición a las psiconeurosis, por tanto, sus síntomas no son interpretables, del mismo modo que sucede en las psiconeurosis, es decir, la angustia no es interpretable y más bien es objeto en el mismo análisis de atravesamiento por medio del efecto transferencial del análisis. En las neurosis de angustia los síntomas se constituyen en la libido, contribuyendo a la formación de síntomas en la histeria y en la obsesión, y sirven para reflexionar sobre las relaciones de la sexualidad con lo real.

El concepto de neurosis de angustia creado por Freud, plantea que esta patología está relacionada con las concepciones del afecto, cuyo prototipo es la angustia, pero poco tienen que

ver con otras teorías de los afectos, como por ejemplo aquellas teorías que surgieron después del psicoanálisis. Como se ha dicho la neurosis de angustia no tiene origen en la prehistoria del sujeto, pero si poseen una etiología sexual, la neurosis de angustia es causada por la inhibición de la función sexual y es originada por la acumulación de tensión psíquica de origen sexual, este tipo de neurosis, no tiene mecanismo psíquico, pero influye sobre la vida psíquica del sujeto, manifestándose corporalmente, por lo anterior, La neurosis de angustia, según Freud (1895) “es una neurosis actual porque su etiología es puramente física” (Correa, 2008, p. 74).

La neurosis de angustia es el correspondiente somático de la histeria (Freud, 1895), en aquella neurosis, se puede comprobar que hay un déficit de afecto sexual, de libido psíquica o dicho de otro modo, según los planteamientos de Freud, (1950) “la angustia se produce a causa de un exceso de goce por falta de libido” (Correa, 2008, p. 74).

Más adelante, Freud (1925), “afirma que está muy lejos de desconocer la existencia del conflicto psíquico y de los complejos neuróticos en la neurastenia” (Correa, 2008, p. 75). Esta tesis, se basa en afirmar directamente que los síntomas de los pacientes no están psíquicamente determinados, incluso, en análisis no se pueden resolver dichos síntomas, sino que estos síntomas se les deben entender como consecuencias tóxicas directas del quimismo sexual. A continuación, Freud descubrió que determinadas prácticas sexuales como el coito interrumpido, la falsa excitación, la abstinencia forzada generan angustia a causa de la satisfacción sexual inhibida, detenida o desviada en su curso hacia la satisfacción.

En 1895, Freud “declara conocer tres mecanismos de la formación de neurosis: la conversión de los afectos para la histeria de conversión, el desplazamiento para la neurosis obsesiva y el de las transformaciones de los afectos” (Correa, 2008, p. 75-76). Esta última, denominada transformaciones de los afectos, forma un problema mayor a determinar si una tensión sexual puede transformarse en angustia, por ello:

“El principio de la angustia, tal como se manifiesta en la neurosis actual, se produce cuando la reacción específica a la excitación endógena no se produce porque no existe ni esta elaboración ni estas ligazones con grupos de representaciones; es decir, cuando no hay mediación (Lacan, 1988). Son descargas que sólo tienen como función el aumentar la carga. Provocan excitaciones que producen una serie de movimientos que nuevamente aumentan la tensión y que se encuentran consecuentemente en el principio de las neurosis actuales, problema que ha sido harto descuidado, pero que tiene para nosotros el mayor interés” (Correa, 2008, p. 74).

Lacan, según lo dicho, vuelve a la primera teoría de la angustia de Freud, antes de 1916, precisando la no mediación entre las excitaciones y las representaciones, dicho de otro modo, lo que Freud llamaba las transposiciones o transformaciones. Sin embargo, las afirmaciones de Lacan no se agotan en comentar la teoría de la angustia, sino además en formular dos tipos de aportes: uno de ellos, es hacer un avance sobre las primeras intuiciones de Freud acerca de la neurosis de angustia, que de ningún modo pueden considerarse obsoletas para el psicoanálisis, así y todo hayan sido formuladas tempranamente, el segundo tipo de aporte, es refinar y

trascender las intuiciones freudianas de su segunda y tercera formulación teóricas acerca de la angustia.

La segunda formulación es la que se refiere a la relación entre represión y angustia , en la que la represión causa la angustia y los síntomas subsiguientes (1916-1925), la tercera formulación invierte la relación mencionada, es decir, la angustia es la que causa la represión y a su vez los síntomas que resuelven la situación (1925-1937). Se observa entonces, que en esta etapa de la obra de Freud podría considerarse que la represión es el mecanismo de la angustia pero aún son más importantes las precisiones de Lacan sobre el objeto de la angustia, a modo de resumen, Freud considera que la angustia no tiene objeto, en cambio, Lacan considera que el objeto de la angustia es la relación problemática entre el objeto a y el ϕ .

Las precisiones de Lacan, que se vienen articulando, son más bien a propósito de la “paradójica” separación teórico-clínica que existe en la obra de Freud, entre la primera formulación y las siguientes. Hágase la observación que la primera formulación pertenece al origen o momento pre-analítico del psicoanálisis (antes de 1900), las siguientes formulaciones sobre la angustia son consideradas, en rigor, analíticas porque ya existen diferentes concepciones del aparato psíquico y del síntoma.

Lacan se pregunta ¿Qué sujeto es ese que está angustiado por qué no satisface la sexualidad en el plano físico? Este psicoanalista, muy a propósito de las observaciones de Freud y de la época de Freud, nos hace notar que este sujeto se defiende del goce sexual o lo busca y cuando lo encuentra, se retrae de él. Es el sujeto entonces que nos trae el problema de que la ley

moral no es ideal sino real, es decir, el sujeto mismo es el que produce el límite a la satisfacción, el sujeto interviene en pro de la represión, y si ellos acontece es porque hay una primera experiencia de satisfacción a la cual el sujeto no supo responder suficientemente.

Lacan propone entonces ya con el lenguaje de la segunda y tercera teoría de la angustia, que la angustia es el índice o la señal de la cercanía al goce imposible a lo que el sujeto huyó a la experiencia de satisfacción. La señal de angustia es producida en el yo e indica que el goce es sentido como peligro interno, es decir, tienen la misma condición de la pulsión que es interna: ante este no cabe sino con la inhibición o el síntoma. Estas salidas también indican que el peligro interno es sentido como algo indeterminado, porque si lo fuera la respuesta sería la fobia. Esto que se ha llamado indeterminado, Lacan lo llama lo real.

Lo dicho, indica entonces lo real. Aun cabe precisar, que si la ley moral es hecha del mismo goce al cual se defiende el sujeto y la angustia indica lo real del goce, la defensa es equivalente al peligro interno, peligro desconocido para el sujeto y esto como en tanto incognoscible o irreductible eso específico que nombra lo insoportable, además de la angustia, Lacan lo llama, objeto a. Por lo cual surge la pregunta: ¿Cuál es el mecanismo de la aparición de la angustia?

La defensa que está ocasionada por la angustia, según Laplanche & Pontalis (1974) es un conjunto de operaciones que tiene como objetivo, reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico. La defensa puede afectar la excitación interna que sería en dichos términos, la pulsión y también

elegir a las representaciones como serían los recuerdos o fantasmas, que aquella compota, en una determinada situación capaz de desencadenar dicha carga de excitación en la medida en que es incompatible con dicho equilibrio y, por lo tanto, displaciente para el yo (Laplanche & Pontalis , 1974, p. 88).

Freud, a propósito de la defensa y el síntoma, publicó en 1894 “neuropsicosis de defensa”, la histeria, las representaciones obsesivas y algunos casos de locura alucinatoria considerando que los síntomas de todas las afecciones mencionadas, son el producto del mecanismo psíquico de la defensa (inconsciente), las cuales son consecuencia de la tentativa de reprimir una representación intolerable, penosamente opuesta al yo del enfermo (Laplanche & Pontalis , 1974, p. 88).

En los estudios sobre la histeria, Freud ha publicado en colaboración con Breuer y con ayuda de observaciones clínicas, el sentido en el que se interpreta el proceso psíquico de la “defensa” o la “represión”, describiendo también el método psicoanalítico. A través de la aplicación de este método, Freud logra describir los hechos clínicos que lo conduzcan a una formulación etiológica fundamentada en el concepto de defensa.

En la etiología “específica” de la histeria, Breuer y Freud, ya han expuesto la teoría acerca de los síntomas de la histeria y que su comprensión, se refiere directamente a las experiencias de efectos “traumáticos” o traumas psíquicos de carácter sexual. Para que se dé la causación de la histeria, no basta que un individuo haya experimentado algún suceso relacionado con su vida sexual y luego convertirse en un afecto penoso, pues se necesita que dichos traumas sexuales

hallan ocurrido en la temprana infancia del sujeto antes de la pubertad, “y su contenido ha de construir en una excitación real de los genitales en procesos análogos al coito” (Freud, 1896, p. 286).

Por medio del psicoanálisis, se logra hacer consciente lo inconsciente al paciente a través del análisis, los sucesos sexuales ocurridos en la infancia no son los que actúan traumáticamente, sino el recuerdo que surge cuando el sujeto llega a la etapa adulta.

Para Freud, no es preciso indicar con seguridad a que cierta edad específica, una influencia sexual se pueda constituir en factor etiológico de la histeria, sin embargo, la pasividad sexual pueda generar una represión después de los ocho o los diez años, a menos que la faciliten sucesos anteriores. En las edades más inferiores se puede alcanzar a recordar eventos traumáticos, un niño de la edad de un año y medio o dos años, puede lograr tener reminiscencias de sucesos sexuales infantiles.

Las experiencias y las excitaciones que preparan o motivan, en el periodo posterior a la pubertad, la explosión de la histeria no hacen sino despertar la huella mnémica de aquellos traumas infantiles, huella que tampoco se hace entonces consciente, pero provoca el desarrollo de afectos y la represión. Con este papel de los traumas ulteriores, armoniza el hecho de que no aparecen sometidos a la estricta condicionalidad de los traumas infantiles, sino que pueden variar en intensidad y constitución, desde la verdadera violación sexual hasta la simple aproximación de igual orden, la percepción de actos sexuales realizados por otras personas o la audición de relatos de procesos sexuales (Freud, 1896, p. 288).

Con lo anterior, cabe resaltar que para Freud, el sujeto estuvo dispuesto a olvidar dichas experiencias traumáticas, sin embargo, podría causarle la represión y producir una neurosis. La “represión” del recuerdo del trauma sexual que aparece en la vida adulta, es alcanzada por personas en las que dicha experiencia puede activar la acción y el recuerdo del trauma infantil (Freud, 1896).

Por otro lado, las representaciones obsesivas tienen un antecedente de la experiencia infantil, diferente a la patología histérica. Por otra parte, las neurosis de defensa se generan a causa de influencias sexuales nocivas, que han actuado antes de la madurez sexual, estas son consecuencias de las huellas mnémicas psíquicas de dichas influencias. La patología de la histeria en Freud sirve además para explicar.

Las causas actuales que producen la neurastenia y la neurosis de angustia desempeñan muchas veces al mismo tiempo el papel de causa despertadoras de las neurosis de defensa. Por otro lado, las causas específicas de las neurosis de defensa pueden constituir la base de una neurastenia ulterior, no siendo tampoco raro que una neurastenia o una neurosis de angustia sean mantenidas, en lugar de por prácticas sexuales nocivas actuales, solo por el recuerdo perdurable de traumas infantiles (Freud, 1896, p. 289).

Freud se refiere a que los recuerdos perdurables de traumas infantiles son nocivos como nocivos son las prácticas sexuales inadecuadas respecto a las neurosis actuales, además, los primeros, de cierta forma se mantienen activos, aunque inconscientes conservando la misma fuerza de una excitación actual, por ello puede decirse que la actualidad de una psiconeurosis se

refiere a éstos recuerdos perdurables de traumas infantiles, constituyendo con ello una cierta relación o puente entre el despertar de una psiconeurosis y el “reaccionar” a una práctica sexual nociva de la actualidad. Aunque se mantengan las diferencias etiológicas, sintomáticamente ambas neurosis (psiconeurosis y actuales) mantienen contacto con el concepto de quantum o fuerza de excitación de las experiencias psíquicas o reales.

Se ha hablado del mecanismo etiológico de la histeria y su relación con su defensa específica (represión). Respecto de la otra gran neurosis, la obsesiva su esencia y mecanismo como estructura perteneciente a las neurosis de transferencia. Del mismo modo que la histeria, la neurosis obsesiva presentan las mismas significaciones de las experiencias sexuales de la temprana infancia, presentándose con más frecuencia en los hombres. Freud, dice que en las neurosis obsesivas ha hallado síntomas histéricos, ocasionados por escenas de agresión sexual prematura, en la cual se puede hallar una experiencia pasiva anterior, como sucede en el caso de la neurosis de angustia. Las neurosis obsesivas son generadas por representaciones obsesivas convertidas en reproches que emergen de la represión, concerniente a un acto sexual ocurrido en la niñez llevado a cabo con un sentido de placer.

A este periodo pone fin la iniciación –a veces adelantada- de la “maduración” sexual. Al recuerdo de aquellos actos placenteros se enlaza entonces un reproche, y la conexión en que se hallan con las experiencias iniciales de pasividad –hace posible –con frecuencia después de un esfuerzo consciente-, recordando luego su represión y sustitución por un síntoma primario de defensa. Los escrúpulos, la vergüenza, la desconfianza en sí mismo son síntomas de este orden,

con los cuales comienza el tercer periodo: el de la salud aparente y, en realidad, de la defensa conseguida (Freud, 1896, p. 290).

Cuando aparece la neurosis obsesiva, se entiende que es causada por los recuerdos reprimidos que retornaron en la vida adulta, dicho en términos psicoanalíticos, surgió por el fracaso de la defensa, sin embargo, no se sabe si el despertar de los recuerdos, son experimentados con mayor frecuencia causal y espontánea o es consecuencia y fruto secundario de perturbaciones sexuales actuales.

Existen dos tipos de neurosis obsesiva; la primera hace mención a las representaciones obsesivas típicas, en las cuales el contenido atrae toda la atención del enfermo, no sintiendo este como afecto sino un simple malestar en el lugar del reproche; toda obsesión neurótica que surge de lo psíquico, tiene su origen en la represión y las representaciones obsesiva desarrollan un curso psíquico forzoso, por la fuente de la que emanan o que las ha intensificado.

La segunda mención que se hace a las representaciones de la neurosis obsesiva es cuando aparece en la representación en la vida psíquica consciente el reproche que ha sido reprimido anteriormente. “El afecto correspondiente al reproche puede transformarse por medio de un incremento psíquico en cualquier otro afecto displaciente” (Freud, 1988, p. 291), de la cita anterior, se explica que el reproche a causa de la experiencia de acto sexual realizado en la niñez, se transforma en vergüenza y en miedo hipocondriaco, pues el sujeto puede creer que dicha vivencia sexual puede traer como consecuencia problemas físicos y por otro lado, el miedo social

por el delito cometido en la niñez, como también, el miedo a la tentación y la desconfianza que se adquiere por la moral ligado al miedo religioso.

El retorno de lo reprimido y el fracaso de la defensa primitivamente conseguida, es lo que origina la neurosis obsesiva, más adelante aparece el *yo*, el cual intenta defenderse de las ramificaciones del recuerdo que aparece inicialmente en lo que se encuentra reprimido, y consecuentemente crea una lucha defensiva de síntomas que se les denomina “defensa secundaria”, estos síntomas se conocen como “medidas preventivas” que ayudan a luchar contra las representaciones y los afectos obsesivos; sin embargo, cuando estos síntomas retornan, se reprimen generando consecutivamente actos obsesivos, los cuales no contienen agresión, pero si neurosis de defensa. De lo anterior, se dice que: “la defensa secundaria contra los afectos obsesivos da origen a una gran serie de medidas preventivas, susceptibles de transformarse en actos obsesivos” (Freud, 1896, p. 292).

Según aportes de Laplanche & Pontalis (1974), la conversión, como mecanismo que interviene en la histeria, posee una significación simbólica cuando determina síntomas corporales, manifestando la represión. La idea del significado de conversión apareció a finales del siglo XIX y generó gran discusión y difusión en el desarrollo de las investigaciones psicosomáticas. La noción de conversión surgió por medio de las primeras investigaciones que hizo Freud sobre la histeria como por ejemplo en los casos de sus pacientes que presentaban síntomas histéricos, entre ellas el caso de la señora Emmy Von, pues en aquel tiempo, las mujeres sufrían opresión, reprimían todo el deseo sexual. Ahora en la actualidad, las mujeres no gozan del mismo modo que las mujeres en la época de Freud, aparecen las neurosis actuales, las

cuales el psicoanalista las denomina también neurosis sexual o neurosis simple, y adquieren una importancia significativa, ahora las mujeres del siglo XX y XXI, necesitan además que se hayan sino liberado, por lo menos adentrado en esa vía de la represión.

Dentro del grupo de las neurosis actuales, aparece la neurastenia, cuyo cuadro clínico gira en torno a una fatiga física de origen “nervioso”, lo más curioso es que ahora la neurastenia no aparece en los cuadros diagnósticos en los manuales de los trastornos de enfermedades mentales, tanto en la CIE-10 como en el nuevo DSM-IV y DSM-V, pues su término pasó a denominarse fatiga crónica. Anteriormente, la neurastenia se mantenía como una neurosis autónoma, reconocida como una de las patologías que causan síntomas de orden sexual, es decir, el empobrecimiento de la actividad sexual y los problemas a conseguir la satisfacción orgásmica.

A partir de las descripciones clínicas del psicoanálisis, la somatización se presenta como un sector funcional. Las manifestaciones somáticas puede presentarse de manera aislada como por ejemplo: mediante una expresión psicológica donde el sujeto experimenta sufrimientos morales y pensamientos pesimistas, por consiguiente, dichas somatizaciones ayudaron a caracterizar los estados de pánico con el término de neurosis (Laplanche & Pontalis , 1974, p. 201).

En las neurosis, se suelen presentar crisis de angustia. Por otro lado, en las neurosis histéricas siendo las más frecuentes aparecen la histeria atípica o de conversión, histeria de angustia o neurosis fóbica. También entran dentro de las complicaciones neuróticas, las neurosis obsesivas, cada organización neurótica anteriormente mencionada dependen de la estructura de

la personalidad, y en la mayoría de los casos aparece la descompensación de una neurosis hasta entonces inaparente (Laplanche & Pontalis, 1974).

Para Nasio, el sujeto neurótico es aquel que “hace todo lo necesario para no gozar en lo absoluto; y está claro, una manera de no gozar en lo absoluto es gozar poco, es decir, realizar parcialmente el deseo” (Manrique Castaño & Londoño Salazar , 2012, p. 130). Teniendo en cuenta, lo anteriormente dicho, el goce se origina a partir de un impulso situado en la zona erógena del cuerpo, pero su recorrido puede encontrarse con obstáculos que le generaran la interrupción de satisfacción para llegar a la meta, por tanto, cuando el goce no encuentra salidas para satisfacerse, se acumula la tensión y comienza a generar síntomas, como solución a la vía de expresiones inhibidas: “La expresión de la neurosis se da a través de síntomas que reflejan la forma en cómo la estructura neurótica se defiende contra el goce de tres maneras distintas: la histeria, la fobia y la obsesión” (Manrique Castaño & Londoño Salazar , 2012, p. 130)

Según Nasio (1991), citando a Manrique Castaño & Londoño Salazar (2012), expone que:

El goce intolerable se convierte en trastornos del cuerpo en el caso de la histeria, se desplaza como alteración del pensamiento en la obsesión, y se expulsa, para retornar de inmediato como peligro exterior, en la fobia”. No obstante, aunque lo que se observa en el campo clínico en términos generales es lo descrito por Nasio, lo anterior no es una regla rígida. En clínica no es una distinción confiable o un criterio

diagnosticar siempre de histérica a quien se va abrumada por síntomas corporales
(Manrique Castaño & Londoño Salazar , 2012, p. 130)

Según la teoría de las neurosis y como lo plantea Nasio, el neurótico a partir del síntoma, goza, para frenar el goce sin medida. Es por esta razón que Lacan caracterizó el deseo histérico, y por lo tanto todo deseo, como profundamente insatisfecho, ya que jamás se realiza plenamente, sólo se realiza con fantasmas y a través de síntomas (Nasio, 1993, p.45). El neurótico impone al lazo afectivo con el otro la lógica de su fantasma inconsciente encarnando el papel de víctima desdichada e insatisfecha. El fantasma corresponde a la forma en la que el sujeto representa al mundo y se da un lugar en él, por lo tanto el fantasma moldea la cotidianidad del neurótico y la forma de relacionarse con los demás (Manrique Castaño & Londoño Salazar , 2012, p. 130)

En estas argumentaciones, ¿qué lugar tiene el fenómeno psicossomático que aparentemente se localiza entre la medicina y el psicoanálisis?

Según Fuentes (2010-2013) el campo de la medicina no ha podido dar grandes avances a la cura de los problemas psicossomáticos que se presentan en consulta médica, la ciencia ha demostrado limitación e incapacidad para explicar la causa de lesiones corporales. Por lo tanto, ante dicho evento, la medicina acepta comprender la existencia de las causas psíquicas para las enfermedades llamadas psicossomáticas. Más tarde, a principios del siglo XX, el psicoanálisis interviene para dar sus aportes acerca del fenómeno psicossomático; sin embargo, los psicoanalistas terminaron por alejarse del campo psicoanalítico para entrar a los nuevos estudios

de la psicósomática, término por el cual ha creado gran confusión alrededor de la supuesta “causa psíquica”.

Jacques Lacan, con base en el psicoanálisis, aporta una clara diferencia entre síntoma y fenómeno psicósomático. Para este analista, “el síntoma está conectado con el inconsciente, es portador de una verdad inconsciente del sujeto y es la forma en que cada uno goza de su inconsciente (Fuentes , 2010-2013, p. 1).”

Y por otro lado, el *fenómeno psicósomático*, hace referencia al “testimonio del fracaso del inconsciente para cifrar un goce que se escribe directamente en el cuerpo lesionándolo” (Fuentes, 2010-2013, p. 1). El fenómeno psicósomático no se puede leer, es una escritura real pero del orden del número que excluye lo simbólico. En el fenómeno psicósomático, solo hay dos dimensiones en juego: un goce real y el cuerpo, en su dimensión imaginaria, es decir, que es un goce real porque el sujeto lo experimenta, lo siente, y sabe que se encuentra en el cuerpo, pero no sabe dar una explicación a las causas de la aparición de dicho fenómeno.

El fenómeno psicósomático es mudo. La medicina admite lo real de manera diferente a como la concibe el fenómeno psicósomático. La medicina comprende y acepta un saber en lo real y cuando descubre dicho saber, explica una enfermedad psicósomática, pero luego no la diagnostica como “enfermedad psicósomática”, por otro lado, cabe decir que la medicina excluye el sujeto, es decir, no interesa la subjetividad y experiencias del paciente, lo que le interesa a la medicina son las pruebas científicas, y observa superficialmente al paciente, importando solamente el órgano, el cuerpo como estructura, como organismo.

Al contrario del psicoanálisis, el sujeto ocupa un lugar muy importante en la consulta, donde no hay sujeto no hay psicoanálisis, no hay psicoanálisis sin sujeto, el cual es comprendido como un sujeto del inconsciente mas no del yo del paciente y mucho menos un sujeto psicológico. Así que otra vez de la escucha analítica se puede hallar el diagnóstico de un fenómeno psicosomático y poder diferenciarlo de lo que es un síntoma.

Otra gran diferencia entre síntoma y fenómeno psicosomático, es que el síntoma concierne al sujeto, le corresponde y da cuenta de él, el síntoma tiene un valor, y es la verdad, la manifestación de lo que sucede en el inconsciente y eso se descubre por medio del análisis, como el goce que se satisface en el sujeto. Por otra parte, cuando en el sujeto aparece un fenómeno psicosomático, no da cuenta de él, es para el sujeto un cuerpo extraño, no lo toma como algo subjetivo, como algo propio de él. “El saber del inconsciente es un saber al que Freud va a plantear como un saber del cual el sujeto puede —por lo menos alternativamente en cada porción de los complejos inconscientes— extraerse. Eso es lo que da al análisis su capacidad de lisis, de desanudamiento, de liberación del sujeto del saber que lo oprime” (Lombardi, 2015, p. 3).

Según Morao, (2005) aunque existan tratamientos que intentan eliminar el síntoma, este sigue persistiendo en el sujeto, así mismo, la autora expresa que “el síntoma es la respuesta a la ausencia de programación sexual. Es el tratamiento que se da cada uno para responder al *impasse* del inconsciente” (Morao, 2005, p. 4). Por lo anterior, se puede concluir que el síntoma se genera por la no relación sexual con el otro, pues los lazos entre seres humanos, son siempre lazos sintomáticos.

Hay un artículo importantísimo de Freud que es el Estudio comparativo de las parálisis histéricas y neurológicas, a partir del cual deslinda muy bien algo que ya había sido imaginado por Charcot y algunos otros psiquiatras de fines del siglo pasado, pero que sólo Freud se ocupa de demostrar cabalmente. Se trata de que la histeria no responde a una patología que siga la distribución de las inervaciones neurológicas en el cuerpo, sino que sigue la manera en que se distribuyen las representaciones en el cuerpo (Lombardi, 2015, p. 4)

Para finalizar, es importante plantear el texto sobre Lacan y la clínica y sus aportes acerca de la medicina. Según Merlet (1995) con respecto al tema de la medicina, Freud y Lacan plantea distintas concepciones de acuerdo al campo médico. Para Freud su posición respectiva es “la cuestión del análisis profano” y para Lacan “el lugar del psicoanálisis en la medicina”. (Cossé Brissac, Giroud, Dumas, 1995, p. 97).

Cuando Freud fundó el psicoanálisis, lo desintegró de la medicina y de los ideales terapéuticos, formando de otra forma el espíritu científico, inspirada en el amor al prójimo. Por otro lado, Lacan, conocido como analista crítico del psicoanálisis, nunca se dedicó a afrentar la posición que desempeñaba el campo médico, pues consideraba que el análisis es realmente “*la cola de la medicina*”, con este término, se refería a que el psicoanálisis era un familiar de la medicina, pero a la vez un intruso, que se beneficia de los aportes de la ciencia, se basa y se sirve de sus orígenes que la relacionan a la vez con el ejercicio de la escucha de la confesión, la incidencia del lenguaje, la importancia de captar el discurso del paciente, siendo no ciencia el psicoanálisis, despertaba interés. Según Lacan, la práctica de Freud se caracterizaba como “la

última flor de la medicina”, enlazado al fracaso sexual del ser humano, agobiado por el lenguaje, por tanto, Lacan denominaba este tipo de medicina, la medicina del ser humano (1995).

Por otro lado, lo que la medicina reprochaba de Lacan, es que este psicoanalista “haya podido plantear el efecto desestabilizador del discurso de la ciencia sobre la posición del médico”, más adelante, Lacan, expone que existe una supuesta animadversión entre médico y paciente, para Lacan, “el médico solo encontrará su lugar si tiene en cuenta una dimensión clínica evidente, la del lenguaje. Debe saber que lo que pide el enfermo no se confunde con lo que desea” (Herrera, 2008).

Muchas veces el médico muestra ante el paciente ciertos límites, responsabilidades por las cuales no puede llegar a obtener como lo es la cura, aquí se dice que aparece una falla demanda/deseo, lo que Lacan denomina “falla epistemomática” Expone Lacan, que el médico debería estar al tanto del cuerpo que posee un malestar que angustia o molesta al sujeto, “el médico debería estar al corriente del “cuerpo verdadero en su naturaleza”, del cuerpo duplicado por lo incorporal, del cuerpo soporte y desierto de goce” (Herrera, 2008, p. 99).

Sin embargo, con el surgimiento del masivo consumo, la medicina se ha apartado del deber médico, convirtiéndose en objeto de consumo, tanto que Lacan en 1966 planteó algo que se volvió real, algo premonitorio, pues decía que “la medicina no puede ignorar lo real que la funda, el acto médico se sitúa en relación con el malestar en la civilización inducido por el

progreso científico. Este real de goce es lo que confiere a la función médica una dimensión no ya moral sino ética” (Herrera, 2008, p. 100).

Por otra parte, a diferencia de la medicina, el psicoanálisis, hace devolución al paciente del sentido de sus síntomas, da lugar al deseo que enmascaran dichos síntomas, por el contrario, la clínica médica, que a pesar de que no es una ciencia, tomaría partido e importancia si tomara en cuenta la idea de curación, empleando la relación con el Otro, médico/paciente.

4. Conclusiones

De acuerdo con el primer objetivo específico, se pretende explicar la importancia de la visión clínica de los manuales diagnósticos del III al IV junto con sus definiciones que cada uno le otorga al trastorno de somatización, y como en el DSM – V desaparece dicho trastorno. Con lo anterior se plantea que en el presente proyecto de investigación se pudo encontrar que a pesar de que la clínica americana quiso mostrar una explicación amplia en cuanto al surgimiento del trastorno de somatización en el DSM – III, hasta el DSM –IV, dejando de lado los aportes psicoanalíticos, solo resultó reduciendo cada vez más el trastorno de somatización, que dentro de los trastornos somatomorfos no fue el único cuadro que incluía síntomas físicos, que terminó desapareciendo en el DSM-V, con lo que se puede decir que más que buscar una cura, solo trata de exponer los síntomas que presenta cada trastorno y su determinado diagnóstico.

Citando a (Calvo, 2015) los trastornos somatomorfos incluyen problemas que la ciencia médica no ha podido resolver, ya que los trastornos que se encuentran dentro del grupo de los somatomorfos, están relaciones con la vida psíquica del sujeto, sus experiencias traumáticas, que entre ellos se encuentra el sufrimiento emocional que influyen en la salud del individuo. Por tanto se puede plantear que los manuales diagnósticos se alejan cada vez más de lo que se puede denominar cura o una búsqueda de respuesta a la somatización en cuanto a la parte psicológica, y se puede dar cuenta que la clínica actual trata es de dar una explicación a la presencia de síntomas físicos mas no una condición médica general que dé cuenta de cada trastorno mental.

A parte, teniendo en cuenta lo que plantea (Mendoza, 2014) aunque el DSM- V, surgió con el objetivo de demostrar una nueva teoría de los trastornos por somatización y eliminando así mismo la hipocondría, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno dismórfico corporal y el trastornos de somatización (2014), sin embargo, aunque reduciendo el cuadro y de trastorno de síntomas somáticos, sigue sin aparecer una explicación contundente del porqué de la aparición de dichos síntomas.

Sin embargo, a pesar de los grandes intentos del sistema de salud y con ayuda de los manuales diagnósticos, no se ha podido encontrar soluciones al tratamiento psicológico y farmacológico específico para aliviar dichas somatizaciones, quizá se empleen modos de intervenir para mediar de manera regular el trastorno de somatización, pero más allá de dicho problema, hay asuntos que intervienen en la aparición del trastorno y son aquellas experiencias pretéritas del paciente o asuntos de su vida privada por elaborar, por tanto, esto queda fuera de las intervenciones médicas, y por otro lado, desde el punto de vista psicoanalítico o psicológico, se tendría que realizar con el paciente un largo trayecto terapéutico sumamente responsable tanto del consultante como del terapeuta, y reconocer que ese malestar físico es consecuencia de los conflictos psíquicos que generan síntomas. Por tal razón se hace necesario hacer campañas de concientización sobre la existencia del fenómeno psicósomático y el trastorno de somatización, para hallar las graves repercusiones que puede llegar a tener sobre el ser humano (Ardila , 1969)

También es fundamental mencionar la importancia que aporta el psicoanálisis y los conceptos de la clínica psicoanalítica como angustia, neurastenia, hipocondría y la histeria de conversión, cuerpo y relación con la psique, goce, síntoma, fenómeno psicósomático y causalidad psíquica, para

explicar cómo se forma la somatización, sin olvidar la influencia de la psique en la salud mental y física del sujeto. El psicoanálisis como tal, aparece en una posición opuesta al debate científico frente a la mirada somática, pues la clínica actual ya no usa elementos de la clínica psicoanalítica para explicar los síntomas que aparecen en un trastorno somático, pues considera al psicoanálisis una teoría y práctica antigua que no aporta suficientes elementos científicos y viables para ser tenida en cuenta.

Sin embargo, la clínica psicoanalítica a partir de lo anterior, usa métodos “poco convencionales” para tratar y hallar la cura a síntomas somáticos, por consiguiente, no usa la mirada sino la escucha del sentido del acontecer vital de una persona, pues para el psicoanálisis es más importante entender la palabra del otro y sus experiencias traumáticas comprendiendo la estructura del sujeto. Para Freud, todo lo que reprime el paciente se halla en el inconsciente y la única manera de encontrar la cura es interpretar el síntoma por medio del levantamiento de la represión y el desciframiento del deseo, por lo anteriormente dicho, lo que intenta hacer la cura psicoanalítica es que el paciente exprese sus vivencias para que así se logre la liberación del sujeto neurótico. La cura se encuentra en la palabra, y la tarea del analista es hallar donde está anclado la perturbación que le genera síntomas físicos al sujeto.

Del mismo modo, citando a (Peskin, 2008) Lacan y Freud utilizan el mecanismo de la escucha para lograr una mayor comprensión de las experiencias del paciente y sus represiones inconscientes, para así lograr una posible cura como ética que utiliza el psicoanálisis para liberar al sujeto del sufrimiento y los síntomas que son generados por conflictos psíquicos. Por tanto, el psicoanálisis es una disciplina terapéutica y su objetivo ético es la cura sin la necesidad de utilizar los cánones

convencionales médicos o sociales. Lo que lleva a pensar, ¿Cuáles son los métodos que utilizan actualmente la clínica Americana moderna o las existentes teorías integrales del campo de la psicología para tratar los síntomas que aparecen en atención primaria?

En la época de Freud, la palabra era el único recurso disponible para hacer análisis y hallar recuperación a la salud del paciente, sin embargo, en la época actual, el discurso institucional perdió romanticismo, ya no se relaciona lo sexual con la vida cotidiana, ya no se tiene en cuenta la relación que posiblemente pueda existir en psique y cuerpo, y que ambos están vinculados con los resultados de la salud mental y física del sujeto y que uno puede influir sobre el otro, pues en la posmodernidad lo que acontece en el inconsciente es rechazado como por ejemplo todos los conflictos psíquicos y sexuales que reprime el sujeto a causa de la moral que impone la cultura.

Las significaciones halladas en el presente proyecto monográfico, son las neurosis actuales que encontramos como trastornos o enfermedades sintomáticas que no han sido explicadas en brevedad por la clínica americana, pues esta misma no tiene en cuenta una de las significaciones importantes que destaca la clínica psicoanalítica para explicar las causas que generan síntomas como el deseo en el sujeto como una manifestación que se encuentra en falta y que se completa a través del Otro. El deseo es inconsciente, ligado a huellas mnémicas.

Dentro de las significaciones se encontró planteamientos realizados por Freud, en los cuales expone que las neurosis actuales aparecen por la falta de satisfacción libidinal, dicho de otro modo, estancamiento de la satisfacción del deseo. Igualmente ocurre con relación a la angustia, la cual se presenta como una restricción funcional del yo generando impotencia psíquica, (Freud, 1981)

El psicoanálisis, aporta a la comprensión del sufrimiento humano y la importancia de la subjetividad en la clínica. Se encontró que la teórica clínica de las neurosis, es una patología la cual nace de las conductas sociales inhibidas, las perturbaciones y represiones del sujeto, es lo que le causa conflictos intrapsíquicos. La clínica de las neurosis explica como la patología puede generar en el sujeto malestar interno que le origina un estado de angustia junto con síntomas, manifiestos de forma simbólica comunicando externamente que algo en la salud mental o física está fallando.

Según (Correa, 2008) la angustia es otro tipo de neurosis que posee una etiología sexual, la neurosis de angustia es causada por la inhibición de la función sexual y es originada por la acumulación de tensión psíquica de origen sexual. Las neurosis de angustia pueden influir sobre la vida psíquica del sujeto, manifestando síntomas corporales. La neurosis de angustia es el correspondiente somático de la histeria (Freud, 1895), en aquella neurosis, se puede comprobar que hay un déficit de afecto sexual, de libido psíquica o dicho de otro modo, según los planteamientos de Freud, (1950) “la angustia se produce a causa de un exceso de goce por falta de libido” (Correa, 2008)

Para finalizar, es importante retomar de nuevo la importancia que nos brinda el psicoanálisis para tratar de volver a emplear la escucha como método terapéutico para la curación de los síntomas del paciente, no solo es necesario basarnos en los manuales diagnósticos como guías para determinar un cuadro de algún tipo de trastorno, sino que también es fundamental tener en cuenta las explicación del campo psicoanalítico que nos permite comprender de una forma más amplia la clínica de las neurosis, para realizar una revisión y aportación a la clínica del trastorno de somatización y a la misma necesidad de ampliar las explicaciones del psicoanálisis, contestando la

pregunta del proyecto de investigación, ¿Cuáles son las significaciones del trastorno de somatización, a partir de la vigencia y fecundidad de la teoría y clínica psicoanalítica de las neurosis?

También es importante pensar acerca del trastorno somatomorfo, que pasó con el cuadro y si posiblemente esta camuflado dentro del DSM – V con otro nombre o delimitado de otra forma en un cuadro actual perteneciente a los trastornos con síntomas somáticos. Por otra parte, es fundamental preguntarse porque desapareció el trastorno de somatización, a que se debió su desaparición y a donde fueron a parar los trastornos somatomorfos.

Las anteriores son cuestionamientos que ayudan al ámbito de la salud a pensar sobre la clínica y su debido manejo en consulta, los psicólogos, médicos o psiquiatras, no deben dejar de lado los aportes que ofrece la clínica psicoanalítica, que aunque no es ciencia, si tiene como base el lenguaje y la lógica para comprender e interpretar el discurso del paciente, ya que el psicoanálisis consiste en descifrar el inconsciente del sujeto para hallar la causa de sus síntomas y por ende la cura, pues el analista debe comprender que los recuerdos o experiencias traumáticas de la vida anímica sujeto, cuando quedan reprimidos y confinados de la conciencia, se hace patógeno.

Los profesionales de la salud mental deben tener presente que si a un caso de somatización no se le hallan las causas para explicar dicho trastorno, es debido pensar que quizá se encuentre con un órgano silencioso, o más bien, algo psíquico y no corporal que perturba al paciente, entonces hay algo ahí, y las ciencias psicológicas tienen que aportar, sin embargo, cuando algo

no se puede explicar , se deja de lado en vez de reducir o tratar de buscar explicaciones científicas sobre un trastorno o enfermedad que posiblemente se halla originado por un conflicto psíquico.

El trastorno psicossomático ha tenido lugar a lo largo de la historia por medio del uso de diagnósticos operativos como son el DSM y el CIE, y el uso de uno u otro término puede traer confusiones para profesionales de la salud como para los pacientes diagnosticados, debido a que el hecho de recibir un diagnóstico por parte de un psicólogo especialista ya hace que el paciente se predisponga a los síntomas y llevado por los efectos psíquicos, asume comportamientos que lo lleven a padecer tal diagnóstico.

Así, desde el campo de las neurosis se ha logrado alcanzar una diversidad de campos dentro de la biomedicina de tal forma que se ha tratado de generar distintas especulaciones en torno a la explicación y tratamiento que se puede dar para un trastorno de tipo psicossomático que se ha asociado en la actualidad con las neurosis.

Por tanto, para responder a lo que se plantea en el presente proyecto de investigación, es necesario responder por la importancia de la pregunta limitado el lugar, sentido y significación del trastorno de somatización para la clínica psicoanalítica.

El Lugar del trastorno de somatización se sitúa en una época de globalización, que hace referencia a un mundo cuantificador, donde la mayoría de las enfermedades se clasifican y los casos en investigaciones se convierten en cifras, el lenguaje común para supuestamente clasificar

y precisar los diagnósticos en todo el mundo, ahora, lenguaje común (lengua nativa) no es lenguaje científico, es decir. En la época se cree que todos deben asumir a la ciencia y tecnología como una lengua común, en este contexto se encuentra el trastorno de somatización en un mundo occidentalizado, en el cual, solo se aprecian los esquemas diagnósticos, cuadros y porcentajes, no lo característicos de las verdaderas lenguas nativas o comunes, y es el equívoco, el sentido y la multiplicidad de formas que asume cualitativamente las cosas. Baste poner como ejemplo que todo se reduce a evaluar el trastorno exclusivamente desde la epidemiología, la salud pública y los criterios diagnósticos.

En tanto sentido, el trastorno de somatización tiene un sentido y es este el que la clínica americana ha querido eliminar por la estadística diagnóstica, como lo hacen algunos médicos y psiquiatras, quienes acostumbrados a cuantificar y solo le interesan los indicadores del DSM para dar una respuesta a dicho trastorno. Las experiencias traumáticas, como la asociación a los afectos e ideas tensionantes y los deseos insatisfechos generan perturbación en el sujeto y por lo tanto, producen un efecto represivo constituyéndose en el sentido en la vida de un ser humano; todas estos elementos característicos de la experiencia del paciente han sido ignorados por la clínica actual. Según planteamientos de Freud, el sentido interviene en la formación de síntomas, en 1900 o ahora en la actualidad, sin embargo, a más de 100 años del descubrimiento freudiano, la queja del fundador del psicoanálisis sigue siendo válida; ¿porque ante un gran descubrimiento, la humanidad y en particular la medicina y los saberes oficiales se muestran reacios al valor de esta idea y a sus consecuencias? Esto quiere decir entonces que el trastorno de somatización tiene sentido, sentido inconsciente y sexual, Freud llama a esto, esa relación que existe entre neurosis actual y neurosis mixtas, que están relacionadas con las neurosis de transferencia.

Por último, se encuentra la significación, entendida como la demanda dirigida al otro, se halla presente en las relaciones sintomáticas de la sexualidad infantil, la significación sigue siendo fundamental para considerar, dentro del estudio del trastorno de somatización, en la medida que, así como la delimitación de la histeria significó el descubrimiento del valor sexual e inconsciente de los síntomas, es decir, que la sexualidad está conformada por pulsiones parciales y en relación con los otros, asumen la forma de demanda nunca satisfecha pero siempre reiterada, así como también la histeria presenta una unidad a pesar de la concepción americana sobre ella, puede decirse que la significación principal que ha sido el motivo para la revisión del trastornos de somatización, es, directamente el que es una neurosis y la neurosis más proclive a hacer los síntomas delimitados bajo el nombre trastorno de somatización es la histeria particularmente de tipo conversivo.

Por tanto, el trastorno de somatización entendida como una neurosis, a partir de la teoría psicoanalítica, tiene una demanda de significación y una demanda de escucha, o dicho de otro modo, emerge en los hechos que esta revisión ha analizado, la necesidad de otro, no cualquiera que es el analista y una relación que proporcione una alternativa de solución a la encrucijada que viven los pacientes diagnosticados con este trastorno y sin embargo, las paradojas de la ciencia contemporánea que ya no existe como tal, dicho diagnóstico, teniendo hoy estos pacientes que redimensionar y dirigir su demanda exclusivamente a esa instancia institucional de esa ciencia y no a uno de los logros de la humanidad que es dirigir una demanda de saber a una persona concreto que en occidente se le ha llamado terapeuta.

5. Recomendaciones

La presente investigación tuvo como finalidad plantear una revisión teórica del trastorno de somatización, a partir de la clínica psicoanalítica de las neurosis, y los diferentes aportes, que hace tanto la clínica americana como el campo psicoanalítico. De lo anterior, se trata de explicar cómo el trastorno de somatización, más que una enfermedad mental expuesto en un manual diagnóstico, es la presencia de síntomas generados por conflictos psíquicos del paciente que muchas veces no son vistos por los mismos médicos o psicólogos, de tal forma, se sugiere que se piense de forma crítica, la manera en que los profesionales de la posmodernidad de la salud mental obran en análisis, como intervienen en los casos clínicos de trastornos somáticos.

Los aportes que hace la investigación sirven para aplicar dentro de la práctica clínica de las diferentes disciplinas de la salud, entre ellas, la medicina, psiquiatría y psicología, conocimientos por los cuales se podrían emplear clínicas, terapias, discursos pedagógicos en las universidades, en prácticas profesionales y como herramienta para la prevención en el campo de la salud mental.

Todo esto sirve con el fin de suscitar, promover y adoptar métodos no convencionales que la sociedad actual ha tratado de implementar en el campo clínico y social, por consiguiente, es de mayor importancia utilizar metodologías tradicionales como la escucha en análisis, como lo hacía anteriormente la clínica psicoanalítica para poder descifrar los síntomas que se hallan reprimidos en el inconsciente del paciente y que por ende le ocasionan malestar.

Lo anterior, busca una mejor formación de futuros profesionales (psicólogos, terapeutas, psiquiatras, entre otros), empleando conocimientos psicoanalíticos como también conocimientos de otras ramas como la cognitiva y la guía de los manuales diagnósticos, sin dejar de lado la importancia de la subjetividad del paciente, sin dejar atrás la palabra, que permite al profesional aplicar su saber en análisis o terapia, interpretando el sufrimiento del Otro, más que querer buscar un cuadro de trastorno que ancle con supuestos criterios diagnósticos y adoptar más una postura de escucha para poder interpretar el discurso del paciente, ya que en la posmodernidad se ha perdido el diálogo interactivo entre medico/terapeuta y paciente.

6. Referencias Bibliográficas

- Acevedo de Mendilaharsu, S. (2002). Cuerpo y discurso en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*, 20 .
- Alberro, N. (2006). *Google académico*. Obtenido de <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=relacion+sintoma%2c+cuerpo+y+enfermedad+organica+en+psicoanalisis&btnG=&lr=>
- Ardila , R. (1969). Desarrollo de la psicología latinoamericana. *Revista latinoamericana de psicología*, 63-71.
- Barreira Alcina , I. (2014). El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: un comentario crítico a la nosografía americana. *Psicogente*, 117-128.
- Bercherie, P. (16 de Octubre de 2015). *Los Fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Obtenido de Los Fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico: [file:///C:/Users/toshiba1/Downloads/Bercherie,%20Paul%20-%20Los%20fundamentos%20de%20la%20cl%C3%83-nica%20\(1\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/toshiba1/Downloads/Bercherie,%20Paul%20-%20Los%20fundamentos%20de%20la%20cl%C3%83-nica%20(1)%20(2).pdf)
- Bernal, E. A. (2009). Las estructuras Clínicas en el psicoanálisis Lacaniano. *Poiésis. Revista Electrónica de psicología social FUNLAM*, 6.
- Bernardi , R. (1995). Sobre el determinismo psíquico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 24.

- Bondarenko Pisemskaya , N. (2009). El concepto de teoría: de las teorías interdisciplinarias .
Revista de teoría y didáctica de las ciencias sociales, 461-477.
- Calvo Ayala, C. (16 de octubre de 2015). *psicode*. Obtenido de psicode:
<http://www.psicode.com/resumenes/7PSICOPATO2.pdf>
- Campalans , L. (2006). "Eppur si mouve" Notas sobre el sujeto del psicoanálisis. *Revista Uruguay de psicoanálisis*, 160-171.
- Castelli, M. P., & Sarraillet , M. I. (2011). *Apertura sociedad psicoanalítica* . Obtenido de
http://www.apertura-psi.org/?page_id=301
- Cesio, F. (2002). Las neurosis actuales. Letargo y Angustia. *La Peste de Tebas*, 24-29.
- Chávez, E. (2012). A propósito de la hipocondría, su fenomenología y diagnóstico actual .
Revista latinoamericana de psiquiatría , 31-32.
- Correa Uribe , J. E. (2008). Actualidad de la neurosis de angustia . *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* , 73-80.
- Cossé Brissac, M., P., Giroud, François, Dumas Roland. (1995) *¿Conoce usted a Lacan?*.
Barcelona: Paidós Ibérica.
- Di Silvestre, C. (1998). *Revistas Universidad de Chile* . Obtenido de Revistas Universidad de Chile : <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26466/27759>

- Dörr, O. (2009). Resúmenes y notas de y sobre el libro "El Goce de la Histérica". *Psiquiatría Universitaria*, 167-172.
- Eco, H. (1991). *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Gedisa .
- Ey, H., & Bernard P. , B. (1975). *Tratado de psiquiatría* . Barcelona: Toray Masson S.A.
- Farré, M. S., Marcet, C., & Rigo, M. (2001). ¿Qué es la psicósomática para el psicoanálisis? *Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética Clínica*, 127-130.
- Fidias, C. (2002). Las Neurosis actuales, letargo y angustia. *La Peste de Tebas* , 24- 29.
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista Chilena de Neurosiquiatría* , 47-55.
- Freud, S. (1981). *Obras Completas Tomo III*. Madrid : Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1986). *Obras completas Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1988). *Proyecto de una psicología para neurólogos y otros ensayos* . Buenos Aires: Hyspamerica .
- Freud, S. (1990). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1993). *Los textos Fundamentales del Psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- Freud, S. (1996). *Obras Completas Tomo I*. Madrid : Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). *Obras completas Tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (Junio de 2008). *Psicoterapia*. Obtenido de Psicoterapia:

http://psicoterapia.edublogs.org/files/2008/05/legos_no_14.pdf

Fuentes , A. (16 de octubre de 2010-2013). *Nuevo Centro de Estudios de Psicoanálisis*. Obtenido

de Nuevo Centro de Estudios de Psicoanálisis: http://nucep.com/wp-content/uploads/2014/01/fenomeno_psico_araceli.pdf

Galeano Marín , M. E. (2009). *Estrategias de Investigación social cualitativa* . Medellín: La carreta Editores .

Gallo, H., Ramírez, M. E., & Burgos, J. (1988). *Estudios con relación al síntoma en la obra de Freud*. Medellín: Ephémeros.

Gallo, J., Acosta. (2006). *Psicoanálisis, Psiquismo y Complejidad*. Revista Electrónica de Psicología Social. Bogotá.

García Rebollo, E. (2014). Cultura visual contemporánea, subjetividad y psicoanálisis freudolacaniano: de las sensaciones al pensamiento. *Katharsis*, 77-115.

Giraldo, M. C., & Ruiz, A. L. (2002). *NEL. Nueva Escuela Lacaniana*. Medellín . Obtenido de NEL. Nueva Escuela Lacaniana.

Guirao, J. A., Olmedo Salas, A., & Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión . *Revista Iberoamericana de Enfermería*, 25.

Guzmán Guzmán , R. E. (2011). Trastorno por Somatización: Su abordaje en atención primaria.

Revista Clínica Médica de familia, 234- 243.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Bapstista Lucio, P. (2006). *Metodología de la*

Investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana Cuarta Edición .

Herrera Guido , R. (2008). En R. Herrera Guido , *Poética del psicoanálisis* (págs. 7-243).

México: Siglo XXI.

Herrera Guido, R. (2005). Poética del psicoanálisis. *Red de Revistas Científicas de América*

Latina y el Caribe, España y Portugal , 105-118.

Hurtado de Barrera , J. (2006). *El proyecto de Investigación* . Bogotá : Cuarta Edición.

Izcovich, L. (2010). *El cuerpo y sus enigmas* . Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Kelman, M. S. (2012). La noción de síntoma en la intersección entre clínica médica y clínica

psicoanalítica. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y*

Portugal , 33-49.

Laplanche, J., & Pontalis , J. (1974). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.

Leivi, B. M. (2001). El Síntoma en la clínica analítica . *Asociación psicoanalítica de Buenos*

Aires , 341-356.

Lombardi, G. (11 de Noviembre de 2015). *Foro Analítico del Río de la Plata*. Obtenido de Foro

Analítico del Río de la Plata:

<http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Gabriel%20Lombardi/ClinicaPsicoanalitica.pdf>

- López Arranz, Z. (2015). *El fenómeno psicossomático y sus diferencias con el síntoma*. Obtenido de
de
<https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Letra%20Anal%C3%ADtica/L%C3%B3pez%20Arranz%20Zulma/El%20Fen%C3%B3meno%20psicosom%C3%A1tico%20y%20sus%20diferencias%20con%20el%20s%C3%ADntoma.pdf>
- López, R. (1988). Angustia, Síntoma, Inhibición. En S. Freud, *Desde el Jardín de Freud* (págs. 330-334). Buenos Aires: Nueva Visión.
- López Santiago, J., & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 73-93.
- Lucero, P. (24 de Junio de 2012). *Campo de psicoanálisis*. Obtenido de Campo de psicoanálisis :
<http://campodepsicoanálisis.blogspot.com.co/2012/06/el-sujeto-en-psicoanálisis.html>
- Maleval, J. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 269-290.
- Manrique Castaño, D., & Londoño Salazar, P. (2012). De la diferencia en los mecanismos estructurales de la neurosis, la psicosis y la perversión. *Revista de psicología GEPU*, 127-147.
- Mendoza, V. (2014). Trastorno de síntoma somático vs trastorno somatomorfo. *Revista SuiGeneris*, 1-76.

- Morao, M. (2005). La Tendencia actual de eliminar los síntomas . *Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 3.
- Murguía, D. L., & Reyes Terra, J. M. (2003). El psicoanálisis. Freud y sus continuadores. *Revista de psiquiatría del Uruguay* , 13.
- Nostas Unzueta, C., & Lora , M. E. (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. *ajayu organo de difusion cientifica del departamento de psicologia*, 19.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* . Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Ortiz L., L., & Erazo R., R. (2005). Trastorno de somatización: Una relectura del "Síndrome de Briquet". *Revista Médica Clínica Condes*, 25-29.
- Peskin, L. (2008). Diferentes enfoques de la cura psicoanalítica, lo histórico y lo actual. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*, 22-56.
- Pichot, P., López Ibor, J. j., & Valdés Miyar , M. (1995). *DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A. .
- Psiquiatría, Asociación Americana. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- V* . Arlington.
- Pizarro Jaramillo , J. (2004). De la histeria a la neurastenia (Quental y Pessoa). 221-233.

- Rodríguez, J., Calderón, C., & Perona, S. (2014). Del DSM-IV- TR al DSM-V. Análisis de algunos cambios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud* , 221-231.
- Ruiz Moreno, E. (2014). El Lugar del Síntoma en la Clínica Psicoanalítica . *Revista Poiésis. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales* , 11.
- Samat , J. (2006). *Universidad Católica de Cuyo*. Obtenido de Universidad Católica de Cuyo: https://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_DEL_PSICOANALISIS_FREUDIANO.pdf
- Soler, C. (2001). *El padre Síntoma* . Medellín: Asociación foro del campo lacaniano.
- Tema 1. Conceptos Básicos en Psicopatología. (2006-2007). *Departamento de Psicología de la Salud*. Obtenido de Departamento de Psicología de la Salud: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3683/2/Tema1.pdf>
- Varela , L. (Octubre-Diciembre de 1996). *Biblioteca Universidad de Chile*. Obtenido de Biblioteca Universidad de Chile: http://biblio.uchile.cl/client/default/search/detailnonmodal;jsessionid=B17F4B3DA9E3C89B36ACDA3DD7566CC4?qu=TRASTORNOS+DE+CONVERSION.&d=ent%3A%2F%2FSD_ILS%2F35%2FSD_ILS%3A35771~0~1&ic=true
- Vázquez, C. (1990). Sistemas de clasificación en Psicopatología. *Psicología Medica, Psicopatología y Psiquiatría* , 679-708.

Velasco, S., Ruíz, M. T., & Álvarez, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española Salud Pública*, 317-333.

Zapata, L. (2010). *Causalidad psíquica y lazo social contemporáneo*.

.
.