



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Maria Victoria, Tonin

TÍTULO DEL TRABAJO:

Manifestaciones somáticas y posición subjetiva: análisis de un caso único, desde el psicoanálisis

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Mg. Dinorah Otero

FECHA DE PRESENTACIÓN:

30/03/2026

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

**“Manifestaciones somáticas y posición subjetiva:
análisis de un caso único, desde el psicoanálisis”**

Autora: Tonin, Maria Victoria

Directora: Mg. Dinorah Otero

Fecha de entrega: 26/02/2026

Sede: Buenos Aires

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 El síntoma y las manifestaciones somáticas en psicoanálisis: entre el sentido y lo real.....	8
4.2 El cuerpo en psicoanálisis: del organismo biológico al cuerpo erógeno.....	10
4.3 La pulsión y sus destinos: diferentes formas de tramitación.....	12
4.4 Conversión histérica y fenómenos psicosomáticos: diferencias estructurales.....	14
4.5 Posición subjetiva, repetición y goce.....	16
5. METODOLOGÍA.....	19
6. DESARROLLO.....	21
6.1 El evento desencadenante y la emergencia de la angustia.....	21
6.2 Patrones relacionales y posición subjetiva.....	22
6.3 Las manifestaciones somáticas: hipótesis de articulación entre posición subjetiva y cuerpo...	23
6.4 La angustia nocturna: entre la asfixia y el despertar.....	24
6.5 La resistencia a la medicación: la demanda de escucha.....	25
6.6 Consideraciones finales.....	26
7.CONCLUSIÓN.....	28
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMAS APA 7.ª ED.).....	30
9. ANEXO: Reconstrucción del Caso Marta.....	33
9.1 La llegada.....	33
9.2 La primera entrevista: cuando todo cabe en veinte minutos.....	34
9.3 El motivo de consulta.....	34
9.4 El modo de estar con los otros.....	35
9.5 El segundo y tercer encuentro: la persistencia del síntoma.....	35
9.6 La demanda y sus condiciones.....	36
9.7 Una apuesta sin garantías.....	37

AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo Integrador Final marca el cierre de una etapa muy importante en mi vida. No fue solo un desafío académico, sino un proceso de crecimiento, esfuerzo y aprendizaje constante. Por eso, quiero agradecer profundamente a quienes fueron parte de este camino.

Gracias a la Fundación H. Barceló – Ciencias de la Salud, por abrirme las puertas y brindarme el espacio para formarme, en sus aulas no solo adquirí conocimientos, sino también valores y compromiso. A mis profesores, y en especial a mi tutora Mg. Dinorah Otero, gracias por la paciencia, la guía, el tiempo dedicado y por acompañarme en el desarrollo de este trabajo. Sus enseñanzas y devoluciones fueron fundamentales para que pudiera superar cada etapa y llegar hasta acá, un orgullo haber podido trabajar bajo su supervisión.

Familia, gracias por el amor y el apoyo incondicional, por confiar en mí incluso cuando dudaba, por sostenerme en los momentos difíciles y por celebrar cada logro como propio. Este logro también es de ustedes.

Hoy cierro esta etapa con orgullo, emoción y gratitud. Nada de esto hubiera sido posible sin el acompañamiento de cada persona que estuvo a mi lado.

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación surge a partir de, *¿qué sucede cuando el cuerpo habla lo que las palabras callan?*, ¿Cómo se articula lo que ocurre en el cuerpo con la posición subjetiva que una persona sostiene frente a su vida, su sufrimiento y sus vínculos? O dicho de manera más directa: *¿Existe alguna relación entre manifestaciones somáticas —dolores, enfermedades, afecciones corporales— y el modo en que alguien se vincula, establece límites, tramita sus conflictos?*.

Estas interrogantes tienen relación con un tema que no es nuevo, ya desde los inicios del psicoanálisis, el vínculo entre lo somático y lo psíquico ha sido un punto clave en la clínica, que hoy en día persiste. Freud (1895), es uno de los primeros en estudiar y demostrar que el cuerpo puede ser escenario, dicho de una manera ilustrativa, de expresión de aquello que resulta insoportable para la conciencia y que se presenta por medio del cuerpo.

En la actualidad el campo se complejiza con respecto a este tema, la clínica fue encontrando presentaciones que excedían los primeros modelos explicativos, y distintos autores continúan interrogándose sobre los modos en que el sufrimiento psíquico puede inscribirse en el cuerpo (McDougall, 1989; Leibson, 2013).

El surgimiento de las preguntas iniciales, no es exclusivamente bibliográfico, sino que fueron a partir de un caso clínico particular que hizo posible, y necesario en gran parte, interrogar con mayor profundidad la articulación que puede haber, o no, entre manifestaciones somáticas y posición subjetiva. La Práctica Intensiva Final de carácter clínico, es realizada en la Sección de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernandez, bajo la supervisión y compañía de una referente institucional Licenciada en Psicología.

En dicha sección, se encuentran diferentes dispositivos; en principio, consultorios externos, donde se realizan orientaciones (mejores conocidas como admisiones) y turnos para dar seguimiento, que es dirigido por tres equipos de acuerdo a los ciclos vitales: niñez, adolescentes y adultos. También tienen interconsultas, internaciones por lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El Trabajo Integrador Final, se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se presentan los objetivos que guían el mismo junto a la justificación de la investigación; luego en el marco teórico, se recorren los conceptos psicoanalíticos centrales para abordar el problema planteado; se explicita la metodología utilizada y finalmente, se analiza el caso clínico articulando el material obtenido con los desarrollos teóricos y la reconstrucción del caso presentado en el Anexo I.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ❖ Analizar la relación entre las manifestaciones somáticas y la posición subjetiva desde una perspectiva psicoanalítica, considerando la falla en la tramitación simbólica del sufrimiento.

Objetivos específicos

- ❖ Explorar el concepto de posición subjetiva y su incidencia en la economía libidinal, atendiendo a la relación entre el sujeto, el lenguaje y el goce.
- ❖ Conceptualizar las diversas modalidades de manifestaciones somáticas en el cuerpo, analizando sus características clínicas como respuestas al malestar psíquico.
- ❖ Identificar el vínculo entre la emergencia de la afección somática y la posición que el sujeto adopta frente a su padecimiento e historia.
- ❖ Articular los desarrollos teóricos mediante el análisis de un caso clínico, para dar cuenta de la singularidad de los padecimientos somáticos en la práctica psicoanalítica.

3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo de investigación, es sostenida en una doble dimensión, por un lado teórica y por el otro clínica. En términos teóricos, la relación entre las manifestaciones somáticas y la posición subjetiva, forma parte de un campo, que si bien tiene desarrollos psicoanalíticos, aún tiene interrogantes abiertos.

En la clínica, se puede establecer una recurrencia de pacientes que se presentan con afecciones orgánicas reales y modos particulares en sus vínculos, o formas de tramitar ciertos sufrimientos psíquicos, como también, en el posicionamiento frente al Otro. Esto exige a los profesionales de la psicología tener herramientas conceptuales que vayan más allá de lo orgánico y psicológico. De la Rúa (2023) señala que *"resulta indispensable que, como futuros profesionales en el área abordemos la temática en profundidad. La Psicósomática requiere de un enfoque interdisciplinario, en el cual los psicólogos desempeñan un rol fundamental"* (p. 5).

A pesar de los aportes brindados por distintos autores que pertenecen al campo, se pueden ubicar vacíos que permiten abrir interrogantes planteados en el siguiente trabajo. En principio, la diferenciación entre conversión histérica con los fenómenos psicósomáticos que tienen una afección orgánica real, que no siempre es abordada con la importancia clínica que requiere, desencadenando una lectura reduccionista del padecimiento. De la Rúa (2023), en su investigación bibliográfica sobre "Psicósomática desde el Psicoanálisis", señala que los fenómenos psicósomáticos *"se caracterizan por un fracaso en la posibilidad de experimentar los conflictos y sus consecuencias en el plano mental"* (p. 8), lo que implicaría que no pueden abordarse desde una lectura de síntoma neurótico clásico en todos los casos. Por ende, el concepto de posición subjetiva y su incidencia en las manifestaciones corporales, es el menos explorado en los trabajos que articulan teoría y clínica de manera conjunta, con particularidad en estos casos, donde predominan dinámicas de sacrificio, anulación del deseo propio e imposibilidad de establecer límites y por último parece interesante que las enfermedades autoinmunes específicamente reciban atención desde una perspectiva psicoanalítica integrando la dimensión subjetiva del padecimiento sin negar la realidad del proceso orgánico.

Esta complejidad clínica encuentra respaldo en investigaciones recientes, los autores Hecht et al. (2025) señalan que *"algunos pacientes además de tener un funcionamiento psiconeurótico, donde las huellas mnémicas quedan inscriptas en el aparato psíquico armando una red de simbolización estructurante, pueden presentar otro registro, el no neurótico, que deviene de sensaciones y experiencias no ligadas ni tramitadas simbólicamente"* (p. 118), poniendo en evidencia la exigencia que hay al abordar estos casos donde la dimensión subjetiva tiene algo que se resiste a ser interpretado.

Este trabajo propone llenar parcialmente ese vacío mediante el análisis en profundidad de un caso clínico, que presenta estas características, articulando los desarrollos teóricos del

psicoanálisis con el material obtenido en la práctica clínica hospitalaria, con un desafío fundamental que consiste en intentar comprender cómo el sufrimiento psíquico se expresa a través del cuerpo cuando no encuentra tramitación con la palabra, evidenciando una diferencia sustancial entre poder hablar de lo que ocurre y poder tramitar psíquicamente ese sufrimiento.

No se trata de establecer relaciones causales directas entre conflictos psíquicos y manifestaciones orgánicas, sino de comprender cómo se articulan las lesiones corporales con la dimensión subjetiva del padecimiento y qué posibilidades ofrece el dispositivo analítico para su abordaje (Leibson, 2013), reconociendo tanto la dimensión simbólica del síntoma como aquello que en él excede al sentido.

4. MARCO TEÓRICO

El trabajo se fundamenta en una perspectiva psicoanalítica para poder comprender la forma de abordar las manifestaciones somáticas. Se propone un recorrido a través de ciertos conceptos fundamentales que el psicoanálisis nos brinda, sin reducir padecimientos corporales a causas psicológicas, como tampoco ignorar la realidad de los procesos orgánicos. Más bien se ofrece una mirada que permite entender la dimensión subjetiva del padecimiento, visualizando la complejidad que puede haber entre la articulación de lo somático y lo psíquico.

4.1 El síntoma y las manifestaciones somáticas en psicoanálisis: entre el sentido y lo real

Cuando se habla de manifestaciones somáticas, dentro de la clínica psicoanalítica, se hace referencia al conjunto de expresiones de sufrimiento psíquico que se presentan por medio de afecciones en el cuerpo que pueden o no tener un correlato orgánico demostrable (McDougall, 1989), por lo que para poder abordarlas dentro de esta corriente se debe establecer una articulación entre el padecimiento del sujeto y su dimensión subjetiva. Hecht et al. (2025) brindan una descripción de lo que son los trastornos psicosomáticos: *"la expresión de un déficit simbólico que dificulta la elaboración psíquica de hechos traumáticos, [...] pueden presentar otro registro, el no neurótico, que deviene de sensaciones y experiencias no ligadas ni tramitadas simbólicamente"* (p. 118).

Por lo tanto, parece pertinente en este punto traer al análisis el concepto que se tiene de síntoma en el psicoanálisis, término que forma parte de los grandes pilares de esta corriente.

Este término es tomado por diferentes autores y transformado por ellos; en principio podemos tomar la conceptualización de portador de sentido susceptible de interpretación. En *Primeras publicaciones psicoanalíticas* (Freud, 1894), luego de los estudios acerca de la histeria, se afirma que *"en la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es transponer corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre de conversión"* (p. 50), reconociendo que el síntoma corporal no es un fenómeno puramente orgánico, sino que conlleva una expresión de algo que se encuentra en el orden psíquico que no podría acceder fácilmente a la conciencia de forma directa, por lo que el cuerpo se convierte en escenario donde se presenta aquello que es intolerable.

Años después, en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900-01), se habla de síntoma, haciendo referencia a aquello que porta una transacción entre un deseo inconsciente, que busca expresarse, y las fuerzas represivas que intentan mantenerlo fuera de la conciencia: *"la teoría de todos los síntomas psiconeuróticos culmina en una sola tesis: También ellos tienen que ser concebidos como cumplimientos de deseos de lo inconsciente"* (p. 560). Esto se complejiza cuando el autor aclara *"el síntoma no es la mera expresión de un deseo inconsciente realizado;*

tiene que agregarse todavía un deseo del preconscious que se cumpla mediante el mismo síntoma, de suerte que este resulte determinado por lo menos doblemente, una vez por cada uno de los sistemas que intervienen en el conflicto" (Freud, 1900-01, p. 561). Esto resulta clave para entender el síntoma neurótico, pero cuando se trata de manifestaciones somáticas con lesión orgánica, presentan dimensiones que exceden este modelo porque en ellas se debe incorporar aquello que resiste a la interpretación.

En relación con el síntoma, siempre hay un resto sintomático que persiste más allá de todo el trabajo que se haga en la interpretación, por más profundo que sea el análisis, por más que se desplieguen las significaciones latentes del síntoma, siempre hay algo que permanece como un núcleo irreducible que no se deja simbolizar completamente. Esto que queda como resto, es lo que se sitúa del lado de lo *real*, como describe Lacan, *"pues en cuanto a lo real, cualquiera que sea el trastorno que se le pueda aportar, está siempre y en todo caso en su lugar, lo lleva pegado a la suela, sin conocer nada que pueda exiliarlo de él"* (Lacan, 1956, p. 8-14). Es decir, el síntoma, tiene una parte real, un núcleo que queda por fuera de aquella dialéctica del sentido vinculado con el goce pulsional.

Todas estas conceptualizaciones tienen una consecuencia clínica relevante, fundamentalmente porque cuando se trata de manifestaciones somáticas con alguna lesión orgánica se podría interpretar que el síntoma presenta otra dimensión en el registro de lo *real* que resiste a la interpretación; dicho de otra forma, la práctica analítica no puede sólo limitarse al desciframiento del síntoma ni tampoco esperar que desaparezcan las afecciones orgánicas a través de un trabajo interpretativo. Por lo tanto, la práctica analítica, necesita que el sujeto pueda identificar aquello que debe modificar en cuanto a su relación con ese goce sintomático y que no puede ser completamente eliminado pero sí, eventualmente, transformado o resignificado, otorgándole otro entendimiento a ese síntoma que le genera un padecimiento.

Dicho todo esto, parece importante dejar claro que no se trata de sostener que las enfermedades orgánicas surgen por factores psicológicos como una relación de causalidad directa y simple, porque sería reduccionista y ajena al psicoanálisis, ya que su propuesta es un poco más compleja: se trataría de comprender cómo se articula la lesión orgánica con la posición subjetiva del paciente y cómo esa afección corporal se inscribe en su historia, lo que posibilita interpretar, qué función cumple en su economía libidinal y qué relación guarda con su modo singular de goce.

Leibson (2013) en *La máquina imperfecta*, propone un modelo esclarecedor para poder pensar la articulación presente en la distinción que hace Freud entre neurosis actuales y psiconeurosis, usando la metáfora de la perla y el grano de arena: el grano de arena representa lo somático actual, la lesión orgánica real que existe independientemente de la elaboración psíquica y la perla va a representar lo histórico-simbólico, todas aquellas significaciones que se construyen alrededor de ese núcleo somático. Las dos pueden coexistir sin reducirse una a la otra, *"la perla*

psiconeurótica se monta alrededor del grano de arena, y este persiste, como cuerpo extraño, en ese montaje” (Leibson, 2013, p. 139). Por lo tanto, el trabajo analítico no será eliminar el grano de arena, o la enfermedad orgánica, porque ésta seguirá su curso médico, pero puede intervenir sobre la otra, la *perla*, sobre el modo en que el sujeto se relaciona con esa afección, sobre las significaciones que le atribuye, sobre la función que cumple en su vida psíquica; y describe en relación a los síntomas *“una vez más, no se trata de lo que se ve en ellos, sino de lo que se puede decir de ellos: la historia de la relación con el cuerpo erógeno, historia de traumas y fantasmagorías, de olvidos y malos entendidos”*(Leibson, 2013, p. 138).

Dicho recorrido a través de los autores mencionados, demuestra que el síntoma presenta una doble cara, por un lado, formación de compromiso, mensaje cifrado, construcción significativa susceptible de interpretación, lo que permite el trabajo analítico con la producción de sentido para aliviar el sufrimiento psíquico y sintomático. Por otro lado, su dimensión de lo *real*, dimensión que no anula la primera, sino que la vuelve más compleja.

Es importante aclarar que esta tensión constitutiva no es la contradicción a resolver, sino que es la estructura misma del fenómeno sintomático. El desafío clínico consiste en poder desplegar la dimensión significativa del síntoma, mientras se reconoce y se trabaja con aquello que excede al sentido, lo que permite al sujeto construir una relación diferente con ese núcleo irreductible en su modalidad inconsciente de goce.

4.2 El cuerpo en psicoanálisis: del organismo biológico al cuerpo erógeno

Cuando hablamos de cuerpo en psicoanálisis, se lo piensa desde lo erógeno y/o libidinizado, marcado bajo una construcción que implica al Otro, al deseo, al lenguaje y al goce desde la lectura lacaniana.

Freud, en sus *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), desarrolla el concepto de cuerpo erógeno al hablar de la sexualidad infantil para explicar las zonas erógenas. Estas zonas van a ser constituidas a través del mecanismo de apuntalamiento o apoyo, donde la pulsión sexual es, en principio, apuntalada bajo las funciones de autoconservación del organismo. El ejemplo paradigmático suele ser la zona oral, ya que la boca cumple en su comienzo una función biológica vital, que es la alimentación, *“al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse; el quehacer sexual se apuntala primero a una de las funciones que sirven a la conservación de la vida y sólo más tarde se independiza de ella, la necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento”* (pp.164–165).

Lacan, presenta una mirada más profunda respecto a la comprensión del cuerpo como construcción. En su escrito “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je]” (Lacan, 1949), nombra el estadio del espejo en referencia a un momento estructurante en los primeros

años de vida. Antes de este estadio, el bebé experimenta su cuerpo de forma fragmentada, sin unidad. El estadio del espejo es el momento en que el niño reconoce su imagen especular y experimenta por primera vez una sensación de unidad corporal. Esta imagen unificada del cuerpo es una construcción que requiere fundamentalmente la sanción del Otro, el *“resultado de la identificación con una “forma”, asunción de una imagen que, no obstante, no es cualquiera, el yo se dibuja sobre un modelo: la apariencia que el espejo retrata.”* (Piro & Basualdo, 2007, p. 224).

Sin embargo, esta constitución imaginaria del cuerpo, no se produce de forma aislada. Piro y Basualdo (2007) señalan que *“en el gesto por el cual el niño frente al espejo, volviéndose hacia aquel que lo sostiene, apela a la mirada del testigo”* (p. 224), aquí se introduce la dimensión simbólica como condición estructural de la experiencia especular. El niño no solo se reconoce en el espejo, sino que busca la confirmación del Otro, cuya mirada y palabra sancionan esa identificación. Este gesto de volverse hacia el Otro indica que la unidad corporal imaginaria requiere de una inscripción simbólica previa y el Yo no es solo efecto de una identificación imaginaria con la forma especular, sino también de una identificación simbólica con el rasgo que proviene del Otro como Ideal del Yo.

Freud, en *El yo y el ello* (1923) anticipa que el Yo es constituido a partir del cuerpo, que ya está inscripto en lo simbólico y organizado imaginariamente; por esto mismo el Yo no es una entidad previa ni autónoma, sino un efecto de esa articulación entre cuerpo, lenguaje y representación.

Más allá de la construcción de la imagen unificada y superficie erógena, el cuerpo desde el psicoanálisis es el lugar donde se localiza el goce, concepto lacaniano desarrollado para referirse a una satisfacción, que se sitúa más allá del principio del placer (Freud, 1920), satisfacción paradójica que puede ser experimentada como sufrimiento pero que el sujeto no puede abandonar fácilmente.

Respecto al estatuto del cuerpo y la imagen especular, *“en el Seminario de La angustia añade, a la primera experiencia especular, un dato suplementario: no todo lo que se presenta frente al espejo queda reflejado en él”* (Piro & Basualdo, 2007, p. 224) dejando en evidencia que hay algo del cuerpo que no adviene de la imagen del reflejo, que es el objeto a; J.D. Nasio (1996) identifica que *“hay una fórmula muy interesante de lacan: “ el objeto a es el condensador del goce”, como si el objeto a, en relación con el goce, fuese algo que regulase la dimensión del goce [...] es el representante del goce en el inconsciente”* (p. 60), lo cual introduce la dimensión de lo real del cuerpo excediendo lo imaginario y simbólico. Piro y Basualdo (2007) subrayan que esta conceptualización implica que *“el cuerpo, así conceptualizado, es el cuerpo en sus partes, cuerpo de las zonas erógenas, zonas de borde cuya presentación hace conmover su unidad en tanto que ignora el límite”* (p. 224)

Si de manifestaciones somáticas se trata, particularmente aquellas que implican lesión orgánica real como enfermedades autoinmunes, esta dimensión del goce localizado en el cuerpo adquiere especial importancia. Existe una satisfacción pulsional, un plus de goce, que puede estar articulado con la afección corporal. Siguiendo esta concepción, el síntoma somático cumple una función en la economía libidinal del sujeto: se localiza en ese resto no simbolizable del cuerpo, en aquello que resiste la palabra y la representación, e inscribiéndose en lo real del órgano.

4.3 La pulsión y sus destinos: diferentes formas de tramitación

Es pertinente esclarecer el concepto de *pulsión*, el cual constituye uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis, y resulta esencial para poder comprender las diferentes vías de expresión, incluidas de forma relevante en las manifestaciones somáticas.

La pulsión es pensada por Freud, en *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), como “*un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un {Repräsentant} representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma (...) como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su “trabazón” con lo corpora*” (p. 117).

Por lo tanto, la pulsión surge del cuerpo, tiene una fuente en el soma y su destino en el terreno psíquico, por lo que Freud establece cuatro términos conectados con este concepto:

- ❖ El esfuerzo (*drang*), motor de la misma, definido como “*la suma de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa {repräsentieren}*.” (Freud, 1915, p. 117).
- ❖ La meta, (*ziel*), descrita como que “*es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión.*” (Freud, 1915 p. 118).
- ❖ El objeto (*objekt*), “*de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión.*” (Freud, 1915 p. 118).
- ❖ La fuente (*quelle*), “*de la pulsión se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado {repräsentiert} en la vida anímica por la pulsión*” (Freud, 1915, p. 118).

El objeto de la pulsión es variable, y es lo que abre la posibilidad de que tenga múltiples destinos pulsionales: el trastorno hacia lo contrario; la vuelta hacia la persona; la represión; la sublimación. Estos destinos no son excluyentes entre sí, sino que pueden coexistir y combinarse en la vida psíquica de un sujeto, siendo de gran utilidad para pensar cómo el sufrimiento psíquico puede tomar vías de tramitación, incluyendo la vía somática.

El primer destino implica “*la vuelta de una pulsión de la actividad a la pasividad, y el trastorno en cuanto al contenido*” (1915, p. 122). Se trata de una transformación compleja donde se modifica la relación del sujeto con la satisfacción pulsional.

El segundo destino, muchas veces se puede articular con el primero, pero implica que *"lo esencial en este proceso es entonces el cambio de vía del objeto, manteniéndose inalterada la meta"* (1915, p. 123). La pulsión originariamente dirigida hacia un objeto exterior, retorna sobre el propio sujeto, el cual pasa a ser el objeto. Este tipo de destino, es de gran importancia para pensar las manifestaciones somáticas y las enfermedades autoinmunes, ya que la agresión que debería ser destinada hacia el exterior, retorna sobre el sujeto, y el cuerpo mismo se vuelve objeto de ataque pulsional.

El destino de la represión, responde al choque de una moción pulsional *"con resistencias que quieran hacerla inoperante"* (1915, p.141). Cuando la satisfacción de la pulsión, genera displacer en otro sistema psíquico, particularmente por entrar en conflicto con las exigencias del Yo y el Superyó, es reprimida. Su representación es expulsada de la conciencia, pero la energía pulsional busca otras vías para ser descargada dando lugar al retorno de lo reprimido y a la posible manifestación del síntoma neurótico, como formaciones de compromiso.

El cuarto destino de la pulsión, la sublimación, la pulsión es derivada de su meta sexual hacia otras metas, con la energía pulsional tramitada hacia actividades artísticas, intelectuales, etc. La sublimación es una transformación de la meta pulsional, manteniendo su fuerza pero modificando su dirección: *"es un proceso que atañe a la libido de objeto y consiste en que la pulsión se lanza a otra meta, distante de la satisfacción sexual"* (Freud, 1915, p. 91)

No todas las manifestaciones sintomáticas van a responder a la lógica de la represión, porque la pulsión busca una constante satisfacción y lo hace por medio de las vías de tramitación simbólica, lo cual implica que su energía puede ligarse a representaciones, inscribirse en la cadena significativa y encontrar expresión a través de la palabra, con las fantasías, el sueño, o el síntoma neurótico. Sin embargo, puede que ésta tramitación simbólica sea insuficiente, porque cuando la pulsión no encuentra vías que le resulten adecuadas para ligar representaciones, es decir cuando el aparato psíquico se ve desbordado por una gran cantidad de excitación que no puede procesar, o cuando faltan aquellas palabras para poder nombrar y elaborar el sufrimiento psíquico, busca descargas por vías directas, como en lo somático.

Freud señala que esto podía suceder en su teoría acerca de las neurosis actuales, como en *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898), donde hace una distinción entre la psiconeurosis, (donde el síntoma va a tener un origen histórico y una significación simbólica), y las neurosis actuales, (donde la sintomatología va a responder a aquellas perturbaciones actuales de la economía sexual sin mediación de aquellos mecanismos psíquicos complejos). Por eso en estas últimas se hace referencia a una tensión sexual acumulada que no va a encontrar vías adecuadas para poder descargarse y genera directamente los síntomas somáticos, sin pasar por la correcta elaboración psíquica, característica de las neurosis de defensa.

Leibson (2013), retoma ésta distinción, proponiendo que ambas dimensiones pueden coexistir en las manifestaciones sintomáticas actuales, y menciona que lo somático-actual que es la perturbación económica, la cual no pasa por la elaboración psíquica, puede ser articulada con lo histórico-simbólico. Esta forma de conceptualizar, da pie a pensar las enfermedades autoinmunes y las afecciones orgánicas, sin caer en explicaciones causales porque no se trata de que los conflictos causen directamente enfermedades. Lo que se propone es pensar si existen exigencias de trabajo impuestas al psiquismo, por su conexión con lo corporal, que van a requerir un cierto nivel de tramitación. Cuando es por vía simbólica, resulta insuficiente, porque el sujeto no logra hablar del sufrimiento o incluso puede estar atrapado en posiciones subjetivas que no le permiten modificar aquello que lo enferma, por lo tanto, la pulsión puede descargar por vía somática.

Freud, en *Más allá del principio del placer* (1920), introduce el concepto de pulsión de muerte (*todestrieb*), planteando la tendencia que puede tener el aparato psíquico para ir hacia un estado anterior de la vida, es decir, hacia una descarga completa de tensión que reduce toda la excitación, lo que conlleva a un estado inorgánico. Esta teorización, que puede generar cierto estado de resistencia, es de gran importancia para poder pensar el goce que conlleva la vuelta hacia uno mismo, atacando al propio Yo, fuera de la lógica del principio de placer.

En el *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Lacan, 1964), se desarrolla la noción de pulsión con su carácter irreducible al orden simbólico-imaginario: "*la pulsión puede satisfacerse sin haber alcanzado aquello que, desde el punto de vista de una totalización biológica de la función, satisface su fin de reproducción, precisamente porque es pulsión parcial y porque su meta no es otra que ese regreso en forma de circuito*" (p. 186).

García Sánchez (2018), en *Afecciones autoinmunes: un acercamiento desde el psicoanálisis*, plantea casos de pacientes con enfermedades autoinmunes, señalando que la agresión vuelta contra el propio Yo, y la imposibilidad de establecer límites, pueden estar presentes en estos cuadros. No se intenta establecer una causalidad directa, sino comprender cómo es la posición subjetiva del paciente, su modo de vincularse, su dificultad para poner límites o para expresar la agresividad hacia el exterior, pudiéndose articular con una afección donde el propio organismo se ataca a sí mismo.

4.4 Conversión histérica y fenómenos psicósomáticos: diferencias estructurales.

Es importante hacer una distinción entre la conversión histérica y los fenómenos psicósomáticos, en relación a las manifestaciones corporales que generan sufrimiento psíquico.

En *Estudios sobre la histeria* (Freud y Breuer, 1893-1895), surge el descubrimiento de que ciertos síntomas corporales portan un sentido psíquico descifrable, lo que marca un punto de partida para los estudios psicoanalíticos. Los síntomas histéricos, son descritos allí, como "*símbolos mnémicos o sea, símbolos del recuerdo sofocado*" (p. 109).

Freud conceptualiza la conversión como una modalidad histérica de defensa: *"la modalidad histérica de la defensa -modalidad para la cual se requiere una particular aptitud- consiste en la conversión de la excitación en una inervación corporal; la ganancia de esto es que la representación inconciliable queda esforzada afuera de la conciencia yoica"* (p. 138). El cuerpo deviene entonces escenario donde la representación reprimida, aquella que el Yo no puede tolerar, encuentra vía de expresión desfigurada.

En el apartado de Breuer, se describe cómo la conversión opera sobre la energía psíquica: *"si una representación desencadena automáticamente una viva consecuencia somática, por esta vía se drena la excitación que en otro caso, partiendo de aquella, se habría difundido por el encéfalo; y justamente porque ella tiene consecuencias corporales, porque ha sobrevenido una conversión de su magnitud psíquica de estímulo en una magnitud somática, ella pierde la luminosidad que de otro modo la habría singularizado dentro de la corriente de las representaciones"* (Freud, 1893-1895, p. 233). La conversión, entonces, no es una simple somatización: es un mecanismo específico por el cual la energía de una representación intolerable se transforma en síntoma corporal, sustrayéndola de la conciencia.

Freud señala además, que la conversión histérica puede operar también por vía de la simbolización lingüística, cuando el síntoma corporal traduce en términos somáticos una expresión del lenguaje cotidiano. Describe este mecanismo como *"génesis de síntomas histéricos por simbolización mediante la expresión lingüística"* (Freud, 1893-1895, p. 192), donde el síntoma corporal condensa una metáfora: el cuerpo que no puede "sostenerse", expresa en términos físicos lo que el sujeto no puede tramitar en términos psíquicos.

Ahora bien, los fenómenos psicosomáticos presentan características diferentes. A diferencia de la conversión, en ellos puede existir lesión orgánica real y demostrable. La diferencia fundamental no reside en la presencia o ausencia de daño orgánico, sino en la estructura del fenómeno: el fenómeno psicosomático no porta un sentido simbólico interpretable como metáfora, no existe una cadena asociativa que vincule el síntoma con un conflicto reprimido descifrable. El síntoma psicosomático está inscrito en lo real del cuerpo, resistiendo la interpretación analítica sin dejarse simbolizar. Por lo que Lacan, en su *Conferencia de Ginebra sobre el síntoma* (1975), plantea que los fenómenos psicosomáticos tienen el formato de un jeroglífico. Mientras el síntoma histérico opera por metáfora, (la sustitución de un significante por otro que permite el desplazamiento del sentido), en el fenómeno psicosomático esa estructura metafórica se encuentra forcluida. No habría sustitución simbólica sino una inscripción directa: no hay un mensaje dirigido al Otro, sino una marca en el cuerpo real.

McDougall propone, en relación a este punto, el concepto de *desafectación*, al que dedica el capítulo VI de *Teatros del cuerpo* (1989). Allí define un tipo particular de discurso en el que las

palabras *"pierden su utilización primera, es decir, su función de ligazón pulsional; existen solamente como estructuras petrificadas, vacías de sustancia y de significado"* (p. 110).

Lo interesante de su aporte al proponer el concepto de desafectación, McDougall se distancia del pensamiento operatorio (modo de pensamiento pragmático y deslibidinizado)¹, para describir algo diferente: pacientes que sufrían *"una incapacidad para sentir o expresar una emoción, sino una incapacidad para contener un exceso de experiencia afectiva"* (p. 111). No se trata de un déficit en la capacidad de sentir, sino de un desborde que el aparato psíquico no puede procesar, ante el cual el sujeto *"eyectaban de forma brutal -y preventivamente- del ámbito de lo consciente toda representación sobrecargada de afectos"* (p. 111). La desafectación es así una operación defensiva radical: el afecto existe, pero es expulsado antes de poder ligarse a una representación y acceder a la palabra. El resultado es lo que McDougall llama resomatización del afecto: *"el hecho de eyectar la parte psíquica de una emoción permite que se exprese la parte fisiológica como en la primera infancia, lo que conduce a la resomatización del afecto. La señal de la psique se reduce a un mensaje de acción no verbal"* (pp. 112-113). El cuerpo recibe así lo que la psique no pudo tramitar. También, propone el concepto de histeria arcaica, diferenciándola de la histeria neurótica clásica. La histeria neurótica se construye a partir de vínculos verbales, la histeria arcaica *"trata de preservar no ya el sexo o la sexualidad del sujeto, sino su cuerpo entero, su vida, y se construye a partir de vínculos somatopsíquicos preverbales"* (p. 34). La distinción es clínicamente decisiva: en la histeria neurótica hay represión de un deseo ligado a representaciones verbales; en la histeria arcaica la psique opera antes del umbral del lenguaje, en el terreno de las huellas somatopsíquicas que preceden a la simbolización.

Estas diferencias estructurales entre conversión histérica y fenómenos psicósomáticos tienen consecuencias en la posición subjetiva frente al síntoma. Gerez Ambertín (2024) establece una distinción clínica relevante al señalar que *"el histérico no se siente culpable sino víctima del sometimiento de algún partenaire imaginario cuya figura, en su insistencia, revela siempre al padre (...) el histérico intensifica su posición de víctima inocente"* (p. 5). Esta comparación permite comprender que en la conversión histérica el síntoma cumple la función de reclamo al Otro, como demanda de reconocimiento y amor, mientras que en los fenómenos psicósomáticos el Otro está ausente de esa operación: el sujeto queda en la desafectación descrita por McDougall, sin que el síntoma se dirija a nadie ni porte un mensaje que pueda ser descifrado.

4.5 Posición subjetiva, repetición y goce

En este punto es importante traer al análisis el concepto de posición subjetiva, que permite comprender cómo el sujeto se posiciona en relación al deseo, al deseo del Otro y, a su propia satisfacción pulsional ya que esta va a conformar parte de su estructura inconsciente y a

¹ Noción desarrollada por Marty y M'Uzan (1963), citada en McDougall, (1989, p. 35)

determinar su modalidad de relaciones, elecciones de objeto y los modos en que se daría la satisfacción. A partir de esta comprensión, surge la capacidad de abrir interrogantes acerca de ¿cómo el sujeto permanece en situaciones?, como también ¿por qué repite vínculos que generan conflicto y cómo esta posición se puede articular con las denominadas manifestaciones somáticas?.

La posición subjetiva es una respuesta, única e inconsciente, que el sujeto construye frente a la separación fundante: la castración, en términos freudianos.

Como señala Rostagnotto (2012), esa respuesta a la falta estructural, es lo que funda la subjetividad de cada sujeto, configurando la singularidad en que cada sujeto habita el lenguaje y su posición frente al deseo del Otro. En las primeras relaciones con el Otro primordial, como describe Lacan (1964): *“el sujeto aparece primero en el Otro, en la medida en que el primer significante, el significante unario, surge en el campo del Otro y representa al sujeto para otro significante”* (p. 226). Una vez constituida la primera relación con el Otro, el sujeto tiende a repetir ciertas particularidades del vínculo con los otros.

Freud (1920), introduce la noción de aquella compulsión a repetir y la noción de pulsión de muerte, en sus casos clínicos con pacientes que repiten situaciones traumáticas o penosas, y como se reproduce en la transferencia aquello de lo que se quejan en su vida.

La compulsión a repetir no puede explicarse desde el principio de placer, ya que el sujeto no obtiene placer, pero hay algo que insiste para que se repitan más allá del principio del placer, demostrando la fijación del sujeto en un lugar que no puede alejarse fácilmente, aunque así lo quisiera, porque le resultan familiares. Desde la lectura lacaniana se puede traducir como: el deseo del sujeto constituido en relación al deseo del Otro (Lacan, 1964), obteniendo una satisfacción que no respondería a la lógica del placer consciente sino que está dentro de la dimensión pulsional de la repetición misma.

En *El problema económico del masoquismo* (Freud, 1924), se presenta la teorización del masoquismo moral, reconocido como la acción de posicionarse en un lugar de víctima donde a cambio obtendrá satisfacción inconsciente precisamente de ese sufrimiento: *“el verdadero masoquista ofrece su mejilla toda vez que se presenta la oportunidad de recibir una bofetada”* (Freud, 1924, p. 171). Se anticipa esta paradoja con los sueños masoquistas *“cuando no buscan el placer en el dolor corporal que se infligen sino en la humillación y la mortificación psíquica. Es evidente sin más que estas personas pueden tener sueños de deseo contrario y de displacer que para ellos, empero, no son sino cumplimientos de deseo, satisfacción de sus inclinaciones masoquistas”* (Freud, 1900a, p. 176). Se trataría de una economía libidinal estructurada de modo que el sufrimiento es la vía privilegiada de satisfacción pulsional.

Cuando se presentan manifestaciones somáticas en sujetos que ocupan esta posición puede comprenderse una articulación entre la imposibilidad de establecer límites, el fracaso en la

tramitación simbólica del sufrimiento y la satisfacción que hay detrás de esa posición, de forma inconsciente. La tensión pulsional que no encuentra vías de simbolización busca descarga por vía corporal y en el caso de las enfermedades autoinmunes, o psicosomáticas, puede pensarse la articulación de posiciones subjetivas, donde la agresividad retorna sobre el propio sujeto, constituyendo el cuerpo como escenario del ataque pulsional.

Como plantea Gerez Ambertín (2024), en el sacrificio hay una "*monstruosa captura*" donde el sujeto cede al Otro "*un trozo de su cuerpo o la vida misma*" (p. 7). Esta conceptualización permite pensar cómo en ciertas manifestaciones somáticas puede estar operando no solo un fracaso en la simbolización, sino una posición subjetiva específica donde el sufrimiento corporal cumple una función en la economía libidinal: el cuerpo enfermo como escenario, como lugar donde se desempeña el goce en un intento fallido de sostener la consistencia del Otro.

5. METODOLOGÍA

El siguiente trabajo se encuentra enmarcado en una metodología de caso único desde la perspectiva psicoanalítica. Por lo que Azaretto et al. (2006), señalan que toda investigación en psicoanálisis está marcada por *"la exigencia de hacer lugar al sujeto de una combinatoria inconsciente"*, lo cual vuelve a este tipo de investigación *"poco apta para generalizaciones y estadísticas e imposible de apreciar desde los criterios usuales de la objetividad científica"* (p. 270).

El psicoanálisis se ocupa de la singularidad del caso, entendiendo que cada sujeto organiza su economía psíquica de manera particular, articulando de modo único su historia, sus identificaciones, sus modos de satisfacción pulsional y su posición frente al deseo del Otro. Esta singularidad no puede ser reducida a variables generalizables ni a categorías estadísticas sin perder aquello que es esencial al fenómeno estudiado.

Es necesario preguntarse *"¿Cómo investigar sin renunciar al Psicoanálisis, y a su vez sosteniendo los requerimientos de precisión y rigurosidad que la noción de científicidad, tal como la pensaron Freud y Lacan, requiere?"* (Azaretto et al. , 2006, p. 269). El diseño de caso único permite sostener esta tensión, haciendo posible el análisis en profundidad de un caso particular, sin forzar generalizaciones.

Según la clasificación que brinda Roussos (2007), se trata de un estudio de caso de intervención terapéutica, de tipo observacional no participante, analizando el material clínico dentro de un contexto terapéutico. Dicho análisis es de tipo cualitativo e interpretativo (Vasilachis, 2006).

El material se obtuvo de una paciente atendida en la Sección de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. A. Fernández, que presenta varios diagnósticos médicos de carácter orgánico y en base a estos, se solicita una entrevista de orientación en dicha sección. Para preservar la confidencialidad se utiliza el nombre ficticio "Marta". La presentación detallada del caso se presenta en el apartado de Desarrollo y en el Anexo I, donde se realizó una reconstrucción del caso.

La elección de este caso se debe a la complejidad de su situación clínica y relacional que ofrece material relevante para aplicar los conceptos teóricos desarrollados en el marco conceptual.

La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas psicológicas, registrando el contenido de las sesiones sin intervenir en ellas. Se observaron tres entrevistas, sin una frecuencia fija.

El análisis del material consistió en revisar el contenido obtenido, e identificar fragmentos significativos, relacionados con el concepto psicoanalítico desarrollados en el Marco teórico.

A partir de esto se busca comprender la función que cumplen los síntomas somáticos en la vida psíquica de la paciente.

El enfoque es interpretativo, buscando construir un sentido sobre el material clínico desde el psicoanálisis, combinando elementos descriptivos (que relató la paciente) con elementos interpretativos (que puede significar desde la teoría psicoanalítica). Durante todo el proceso se mantuvo una postura reflexiva, reconociendo que la interpretación psicoanalítica implica una construcción de sentido sobre el material y no una lectura neutral del mismo (Vasilachis, 2006).

El valor de este estudio reside en la capacidad de mostrar cómo operan los conceptos psicoanalíticos en la comprensión de un caso particular. Los hallazgos son específicos del caso analizado y no pueden generalizarse de forma directa a otras poblaciones, aunque esto no invalida su valor heurístico ni su capacidad para generar hipótesis sobre fenómenos similares (Roussos, 2007).

Con relación a los resguardos éticos, se modificaron todos los datos identificatorios de la paciente, se manejó el material con confidencialidad y se siguieron los protocolos del hospital para uso de material clínico con fines académicos. La investigación se ajusta a lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el código de ética profesional vigente de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.

6. DESARROLLO

A continuación se realizará un análisis del material clínico obtenido durante las observaciones realizadas en la Sección de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, articulándolo con los desarrollos teóricos expuestos en el marco teórico y el material reconstruido en el Anexo I.

El caso corresponde a una paciente de 52 años, cuya identidad ha sido resguardada bajo el nombre ficticio de *Marta*, quien es derivada del servicio de psiquiatría solicitando una entrevista psicológica. El material presentado surge de tres entrevistas, observadas de manera no participante, en las cuales se registraron los contenidos sin intervención directa en el proceso de atención.

El motivo de consulta principal son los problemas para dormir que comenzaron algunos meses antes de la primera entrevista (no hay registro exacto). Marta refiere despertarse entre dos y tres veces por noche con una sensación que describe como *"siento que no puedo respirar, como una asfixia"* o *"como que me ahorcan"*. Luego de estos episodios, vuelve a dormirse de manera entrecortada, sin registrar el momento en que lo hace, para calmarse durante esos instantes, mueve las piernas frotándolas contra las sábanas. Se le consultó sobre cuándo comenzaron estos síntomas, y Marta los asocia con *"un combo de cosas"*, resumiendo su situación en la frase: *"mi vida no es fácil"*. Sin embargo, logra identificar un posible evento que puede coincidir con el inicio del motivo por el que consulta.

Marta trabaja como empleada doméstica esporádicamente: *"cuando no me duelen las articulaciones"*; convive con su pareja, un hombre mayor que ella, con quien está desde hace más de diez años y con uno de sus seis hijos, un varón de 29 años que presenta problemas de adicción a la cocaína. Sus hijos, según sus propias palabras, están *"tiroteados por todos lados"*.

Sus antecedentes médicos incluyen menopausia iniciada hace tres años, diagnósticos de Artritis Reumatoidea, Síndrome de Sjögren, Síndrome del Túnel Carpiano, y prolapso uterino con incontinencia urinaria por lo que requiere intervención quirúrgica.

6.1 El evento desencadenante y la emergencia de la angustia

El 20 de marzo de 2025, Marta acompaña a su hija a declarar en un juicio contra su expareja por violencia doméstica. Describe el momento de la siguiente manera: *"Estaba sentada en un pasillo sola hablando por teléfono con mi marido, lo que nunca, y me empecé a sentir mal, sentí frío, las piernas me temblaban, me transpiraban las manos"*.

Hay una expresión que no me parece un detalle menor en ese relato: *"lo que nunca"* que Marta expresa al describir que llamó a su marido en busca de apoyo. Marta hace notar, casi sin

proponérselo, que recurrir a su pareja en un momento de angustia es una excepción que necesita ser declarada.

Es posible comprender este episodio como la emergencia de lo que Freud (1926) denominó angustia automática: aquella que irrumpe cuando el Yo se ve desbordado y las defensas resultan insuficientes (p. 87). En el caso de Marta, la exposición a una situación judicial vinculada a la violencia hacia su hija, a modo de hipótesis interpretativa, sin que esto pueda afirmarse con certeza a partir del material disponible, pudo haber reactivado angustias vinculadas a su propia historia. La exposición a ésta escena y el lugar de acompañante que ocupó en ese momento quizás resonó algo propio de su vida: una dinámica vincular en la que ella también sostiene y cuida. Esta hipótesis requeriría mayor material clínico para ser desarrollada, pero el modo en que Marta describe ese día sugiere que algo de su propia posición fue despertado.

6.2 Patrones relacionales y posición subjetiva

A lo largo de la primera y segunda entrevista, el discurso de Marta me permitió identificar formas relacionales que se repiten. En su vínculo con la pareja, describe: *"Yo a él no le cuento que me pasa, porque se enoja o se ofende. Yo no recibo ayuda de él. Cuando le dije que el doctor me dijo que vaya a un psicólogo, me dijo: '¿vos tenés que ir a un psicólogo? Si no te pasa nada'. Yo no soy de contar lo que me pasa."*

Este fragmento contiene varios elementos que me resultaron interesantes. Por un lado, lo que comenta acerca de la respuesta de su pareja, *"si no te pasa nada"*, no sólo negaría el padecimiento de ella, sino que la deja sin posibilidad de decirlo. La invalidación no deja espacio para el desacuerdo: si no le pasa nada, no hay nada que tramitar; por otro lado, la frase con la que Marta termina: *"yo no soy de contar lo que me pasa"* es interesante porque se sitúa a ella misma como partícipe de ese silencio. No dice únicamente que él no la escucha: dice que ella no cuenta, por lo que es importante porque señala algo que va más allá de lo que sucede en el entorno, y me surge la pregunta por su propia posición en la dinámica.

Al ser consultada sobre su matrimonio, Marta agrega (completo en el anexo I): *"Mi marido sale a bailar los viernes y los sábados. (...) Antes le revisaba el celular y me enteraba que me engañaba, pero ahora ya no me importa. Me quise separar y él no quiere. A veces espero el fin de semana para estar tranquila, tomando mis mates"*. Y luego: *"A mí me gusta salir, ir al cine, a comer, a pasear, pero no me gusta ir sola"*. Lo que surgió en ese momento me resultó relevante, porque Marta reconoce tener intereses propios, pero se encuentra en su discurso el obstáculo que lo anula. No dice que no quiere salir, sino que no le gusta ir sola. Esto no es simplemente efecto de lo que le niegan, de alguna forma, sino también una posición que ella sostiene. La definición que Marta ofrece de sí misma en la dinámica familiar me resultó particularmente llamativa: *"Yo acompaño a todos"*. Desde la perspectiva psicoanalítica, se puede leer como una identificación,

en la que se define a sí misma en función de los otros, como soporte, como presencia que sostiene.

Freud (1924), describió el masoquismo moral como una posición en la que el sujeto obtiene satisfacción inconsciente precisamente de su sufrimiento, esto no implica que Marta desee conscientemente sufrir, sino que, según la hipótesis que puede construirse a partir del material clínico, su economía libidinal parece estar organizada de modo que el sufrimiento constituye la vía privilegiada de satisfacción pulsional. La posición de quien todo lo sostiene, y a quien nadie sostiene, también tiene su cuota de goce.

Marta no ignora lo que ocurre; lo nombra con claridad en su discurso. Sin embargo, nada cambia. Comprender esta posición únicamente como efecto del entorno resultaría insuficiente desde la perspectiva psicoanalítica. La compulsión a la repetición (Freud, 1920) , señala que hay algo en el psiquismo que insiste más allá del principio de placer: Marta retorna a situaciones que le generan sufrimiento no porque las desee conscientemente, sino porque en esa repetición opera una satisfacción pulsional de otro orden. Esa persistencia sugiere que algo de esa posición le resulta, en términos inconscientes, familiar y sostenible, y que el sufrimiento mismo constituye, paradójicamente, una vía de satisfacción o goce pulsional que el psiquismo no puede abandonar con facilidad.

Hay un riesgo en la lectura del caso que conviene señalar, y que en parte tuvo que ver con el efecto transferencial de quien escucha ese discurso: el énfasis en el sufrimiento real de Marta, las infidelidades, la invalidación, las demandas familiares, puede llevar a situar el problema únicamente en el exterior, como si Marta fuera exclusivamente víctima de un entorno que la daña. Esa lectura, aunque no es incorrecta en lo que señala, es incompleta. El psicoanálisis propone algo más complejo: que el sujeto está implicado en su propio padecimiento, no porque lo cause voluntariamente, sino porque lo sostiene desde una posición que él mismo ocupa de manera inconsciente. Esta dimensión, que podría denominarse responsabilidad subjetiva o implicación subjetiva, no equivale a culpa moral. Como señala Lacan (1964), el sujeto no elige su posición, pero puede ser interrogado por ella. Considero que el trabajo analítico apuntaría a preguntar: *¿qué parte de esta posición te pertenece? ¿Qué obtenés, sin saberlo, al seguir acompañando a todos mientras nadie te acompaña a vos?* Esas preguntas, que pueden resultar incómodas, son las que abren una posibilidad de movimiento.

6.3 Las manifestaciones somáticas: hipótesis de articulación entre posición subjetiva y cuerpo

Los antecedentes médicos que Marta presenta constituyen un cuadro de padecimiento real. Desde la perspectiva psicoanalítica, esto implica que nos encontramos ante fenómenos que se

inscriben en lo que Lacan (1975), describió con el formato del jeroglífico: una inscripción directa en el cuerpo real que no opera por metáfora ni porta un mensaje descifrable en términos de conflicto reprimido.

Como propone Leibson (2013) en *La máquina imperfecta* a través de la metáfora de la perla y el grano de arena: el proceso orgánico persiste como "cuerpo extraño" en el montaje de significaciones que se construyen a su alrededor (p. 139). El trabajo analítico no puede eliminar el grano de arena, la enfermedad seguirá su curso médico, pero sí puede intervenir sobre la perla: el modo en que Marta se relaciona con esa afección, las significaciones que le atribuye, la función que cumple en su economía psíquica.

Las enfermedades autoinmunes de Marta (Artritis Reumatoidea y Síndrome de Sjögren) presentan, desde el psicoanálisis y tomado lo desarrollado por García Sánchez (2018) y la lectura del concepto de la vuelta de la pulsión hacia la persona propia (Freud, 1915), a modo de hipótesis interpretativa, la existencia de una articulación posible entre dos dimensiones: una posición subjetiva, donde la agresividad difícilmente se expresa hacia el exterior, y un organismo que se ataca a sí mismo.

Al escuchar el propio relato de Marta: *"Yo no soy de contar lo que me pasa, ni llorar frente a otros"*. La boca que no habla de lo que duele y los ojos que no lloran encuentran aquí, quizás, una expresión somática. El Síndrome de Sjögren es reconocido por producir sequedad de ojos y boca, éste adquiere una dimensión particular.

Esta lectura tiene un correlato que se aproxima al de la conversión histérica, donde el síntoma opera como metáfora corporal. No se afirma que el Síndrome de Sjögren sea una conversión: es un proceso orgánico autoinmune, lo que se señala es que la articulación entre el síntoma orgánico y la posición subjetiva de Marta resulta clínicamente significativa, y merece ser interrogada en el marco del trabajo analítico.

Me parece relevante señalar que las zonas del cuerpo afectadas, la boca, los ojos, las manos, el útero, son desde el psicoanálisis zonas erógenas que portan marcas de la historia vincular del sujeto; son las zonas que fueron tocadas, nombradas y libidinizadas en ese primer encuentro. Que estas zonas específicas sean las afectadas en Marta, abre preguntas que el trabajo analítico podría ir explorando, sin que esto implique establecer una causalidad directa ni negar la complejidad biológica de las patologías presentes.

6.4 La angustia nocturna: entre la asfixia y el despertar

Las sensaciones de asfixia o ahorcamientos nocturnos se podrían interpretar a partir de la teorización del sueño que brinda Freud (1900-01), como el momento en que las defensas yoicas se relajan, y con ello el material inconsciente encuentra mayor facilidad para emerger. Los

episodios nocturnos de Marta pueden comprenderse desde esta perspectiva: en el sueño, aquello que durante el día se mantiene bajo cierto control defensivo, irrumpe con la intensidad de la angustia automática.

Las imágenes que Marta usa para describir lo que siente, *"como una asfixia"*, *"como que me ahorcan"*, condensan una vivencia de amenaza y clausura. No poder respirar refiere a la falta de aire y el ahorcamiento me introduce una imagen más activa: algo que impide la respiración y cierra la posibilidad de expresión, por lo tanto a modo de interpretación y sin forzar una lectura, es posible pensar que estas imágenes resuenan con algo de la experiencia subjetiva de Marta: una vida donde el espacio propio parece ser constantemente ocupado por las demandas de los demás, donde hablar de lo que duele genera consecuencias que se prefiere evitar.

El hecho que Marta se despierte con estas sensaciones y luego vuelva a dormirse sin registrarlo, me permite pensar que el despertar funciona como mecanismo de defensa, sin embargo, el síntoma persiste y vuelve a presentarse noche tras noche, lo que habla de la intensidad de aquello que no encuentra elaboración.

6.5 La resistencia a la medicación: la demanda de escucha

Un elemento llamativo es cuando comenta que se le indicó medicación para dormir, y ella respondió: *"No, no lo tomé porque primero quería venir a hablar con un psicólogo"*. En el segundo encuentro, la paciente refiere haber tomado media pastilla junto con ejercicios de meditación sugeridos por la psicóloga, (cognitiva conductual) pero señala que no le funcionó.

La expresión: *"primero quería venir a hablar"*, implica que hay una demanda que no se satisface con la supresión del síntoma. Marta quiere que algo sea escuchado, reconocido, alojado, condición necesaria para cualquier proceso analítico: Hecht et al. (2025) señalan que *"el análisis se hace posible cuando existe la demanda de un sujeto que padece. Allí donde hay lenguaje y un vínculo terapéutico que sostiene, se abre la posibilidad de propiciar un nuevo posicionamiento subjetivo y el alivio del sufrimiento"* (p. 128).

Sin embargo la demanda de escucha, la disposición de Marta "a venir y hablar", es condición necesaria del trabajo analítico, pero no es suficiente. El riesgo que puede presentarse en estos casos es que el espacio analítico se convierta en un lugar donde se valida el sufrimiento, se narran los episodios que dañan, pero nada se mueve en la posición subjetiva de quien habla. Freud (1937), en *Análisis terminable e interminable*, se refirió a la resistencia que proviene del propio Yo y de la compulsión a la repetición como uno de los obstáculos más persistentes al trabajo analítico: hay algo en el psiquismo que se aferra a lo conocido, incluso si genera sufrimiento, porque el riesgo de lo nuevo resulta más amenazante.

Hay una escena que Marta relata en las tres entrevistas sin variación: *"me quedo tomando mates en la cocina esperando que mi marido y mi hijo terminen de ver su programa de televisión"*

en mi cama". Lo describe como algo que simplemente ocurre. Y vuelve a ocurrir. Que esa escena se repita en la vida de Marta, y que se repita también en su relato, misma situación, mismos actores, mismo desenlace, no es un dato menor. Freud (1920), al conceptualizar la compulsión a la repetición, advierte una tendencia a reproducir aquello que no ha podido ser elaborado. Marta no desconoce lo que ocurre: lo nombra, no lo modifica. Esa persistencia sugiere preguntarse, por aquello que se repite: *¿qué se obtiene, sin saberlo, al seguir esperando en la cocina?* La pregunta que el dispositivo analítico debería poder alojar, con el tiempo necesario y el cuidado que requiere, es la que apunta a la implicación subjetiva: *¿qué parte de esta posición sostenés vos? ¿Qué pasaría si no esperaras? ¿Qué pasaría si contarás?*. Estas preguntas me surgen como posible apertura, con las que la paciente puede empezar a interrogarse por su propio lugar en aquello que padece.

Hecht et al. (2025), señalan que el trabajo analítico con pacientes psicósomáticos requiere de *"un encuadre flexible que tenga en cuenta las posibilidades del paciente"* (p. 127), lo que implica avanzar, sin forzar interpretaciones prematuras.

6.6 Consideraciones finales

El análisis del caso de Marta me permite articular de manera concreta varios de los conceptos desarrollados en el marco teórico.

En primer lugar, el caso permite ilustrar la diferencia estructural entre conversión histérica y fenómenos psicósomáticos que fue desarrollada en el apartado 4.4. El caso paradigmático de Elizabeth von R., presentado por Freud en *Estudios sobre la histeria* (Freud y Breuer, 1895), ofrece un punto de comparación útil. En Elizabeth, los dolores en las piernas no tenían correlato orgánico demostrable, seguían una anatomía imaginaria antes que fisiológica, y portaban un sentido simbólico interpretable: las piernas dolían porque no podían dar un paso hacia el objeto de deseo prohibido. La conversión operaba como metáfora corporal del conflicto inconsciente, como un mensaje dirigido al Otro que esperaba ser descifrado. En el caso de Marta, las lesiones son reales y demostrables, ninguno de estos procesos responde por completo a una anatomía imaginaria. Desde la perspectiva lacaniana, los fenómenos psicósomáticos tienen una inscripción directa en el cuerpo real que resiste a la interpretación analítica y no porta un mensaje dirigido al Otro.

Sin embargo, esto no implica que no exista articulación posible entre las manifestaciones somáticas y la dimensión psíquica del padecimiento. Como propone Leibson (2013), lo somático-actual y lo histórico-simbólico pueden coexistir. Las lesiones orgánicas seguirán su curso médico, pero las significaciones que Marta construye, o no, alrededor de ellas, la función que cumplen en su economía libidinal, la relación entre esas afecciones y su posición subjetiva constituye el territorio del trabajo analítico.

En segundo lugar, logre visibilizar una posición subjetiva que podría describirse como la del sujeto que sostiene al Otro a costa de su propio deseo. La frase *"yo acompaño a todos"* es una identificación, Marta se define a partir de su función de sostén para los demás, sin que esa función sea recíproca, ni pedida. Desde Freud (1924) y el concepto de masoquismo moral, esta posición conlleva una satisfacción pulsional inconsciente: el sufrimiento no es solo efecto de lo que el entorno le hace, sino también una vía de goce que el sujeto sostiene, sin saberlo. Y Gerez Ambertín (2024) agrega que en el sacrificio hay una *"monstruosa captura"* donde el sujeto cede al Otro "un trozo de su cuerpo o la vida misma" (p. 7).

En tercer lugar, los síntomas nocturnos, la angustia que irrumpe con sensaciones de asfixia y ahorcamiento, pueden leerse como expresión de un desborde del aparato psíquico: una cantidad de excitación que no encuentra vías adecuadas de tramitación simbólica y busca descarga de manera directa, tal como Freud (1920) conceptualizó en relación a la compulsión de repetición y la imposibilidad de ligar la excitación.

Aquí emerge la dimensión que conviene subrayar como horizonte del trabajo clínico: la implicación subjetiva. Si el trabajo analítico se detiene en que Marta sufre por lo que el entorno le hace, es real y no debe ser negado, correría el riesgo de reproducir la misma lógica que Marta ya conoce: ella padece, los demás son los responsables, y nada cambia. Se entiende que el movimiento propuesto por el psicoanálisis es otro: habilitar la pregunta por la propia participación inconsciente en el mantenimiento de una posición.

Luego de escuchar el relato de Marta, me surgieron interrogantes para pensar en este punto: *¿Qué obtiene, sin saberlo, en seguir esperando que ellos terminen de ver televisión en su cuarto? ¿Qué sucedería si dijera lo que le pasa?*. Esta implicación subjetiva es, precisamente, lo que parece estar todavía en construcción en el caso de Marta, que llega con una demanda de escucha genuina, *"primero quería venir a hablar con un psicólogo"*, y eso es valioso y necesario, pero la escucha, por sí sola, no produce transformación subjetiva, para ello se necesita que el sujeto pueda hacerse responsable de algo de lo que le ocurre, no en el sentido de culpa, sino en el sentido de reconocer que tiene algo que ver. Ese movimiento, que el psicoanálisis denomina rectificación subjetiva, es lo que podría habilitar nuevas vías de tramitación para aquello que actualmente descarga en el cuerpo.

7.CONCLUSIÓN

El recorrido realizado permite analizar la relación entre manifestaciones somáticas y posición subjetiva; sin ser pensado en términos de causalidad directa ni de explicación psicológica de la enfermedad orgánica. Lo que el psicoanálisis ofrece es algo más complejo de la singularidad del sujeto: la posibilidad de interrogar cómo se articulan el padecimiento del cuerpo y la posición subjetiva, sin pretender que uno explique al otro, sino comprendiendo que ambos forman parte de una misma historia.

El análisis del caso clínico permitió recorrer esa articulación de manera concreta, a través de él fue posible trabajar la diferencia entre conversión histérica y fenómenos psicosomáticos, comprender que una lesión orgánica real no sustrae al sujeto del campo de la palabra sino que convive con las significaciones que se construyen a su alrededor, y observar cómo una posición subjetiva sostenida en el tiempo puede encontrar en el cuerpo una vía de expresión cuando no la encuentra en otra parte, porque a veces es el único lugar por el que se habla.

Es necesario reconocer que hubo límites en este análisis, ya que el material clínico disponible fue poco, con observación no participante. Las hipótesis construidas a lo largo del desarrollo son lecturas posibles, orientadas por la teoría psicoanalítica, pero no conclusiones cerradas sobre el caso.

La singularidad del psicoanálisis implica reconocer que toda interpretación es provisoria y que el sujeto siempre excede lo que de él puede decirse desde afuera. Cuerpos que enferman en el cruce de una historia que no encontró palabras, sugiriendo que las preguntas que abren este trabajo no se cierran con él, sino que señalan un campo clínico que merece seguir siendo interrogado.

A modo de cierre personal, este trabajo fue también una experiencia de formación que resultó más desafiante y más significativa de lo esperado. La práctica se desarrolló en una institución donde la referente pertenecía a una orientación teórica diferente al psicoanálisis, lo que implicó el ejercicio de sostener una lectura propia en un contexto que no la compartía.

Formular este trabajo como una pregunta, y no como una respuesta, lo considero como un logro. La clínica me enseñó y enseña que las preguntas que no se cierran son las que más vale la pena sostener.

El desafío reside en acompañar en el pasaje: de ser un cuerpo que padece a ser un sujeto que puede hablar de su padecer. Si logramos que algo de lo que se consume en lo somático pueda ligarse a la palabra, habremos abierto una puerta hacia una posición subjetiva más libre.

Este trabajo no es solo el cierre de una carrera, sino la apertura a una responsabilidad clínica que asumo con el compromiso de seguir escuchando lo que el cuerpo intenta decir: el síntoma somático es un grito del cuerpo que la boca no ha podido pronunciar. Es un dolor que, a falta de ser llorado por los ojos, es llorado por un órgano.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMAS APA 7.^a ED.)

Azaretto, C., Ros, C. B., Estévez, N., Barreiro Aguirre, C. & Crespo, B. (2006). Investigación en psicoanálisis: concepciones y obstáculos. En *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Breuer, J., y Freud, S. (1992). *Obras completas: Estudios sobre la histeria (1893-1895)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 2). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1895).

De la Rúa, M. (2023). *¿Qué dice el psicoanálisis sobre las psicosomáticas?* [Trabajo integrador final, Universidad Nacional de Rosario].

Freud, S. (1991). *Obras completas: Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 3). Amorrortu Editores. (Obra original publicada entre 1893-1899).

Freud, S. (1991). *Obras completas: La interpretación de los sueños (1900)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vols. 4 y 5). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1900).

Freud, S. (1991). *Obras completas: Fragmento de análisis de un caso de histeria, Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 7). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1905).

Freud, S. (1991). *Obras completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 14). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1915).

Freud, S. (1992). *Obras completas: Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 18). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1920).

Freud, S. (1992). *Obras completas: El yo y el ello y otras obras (1923-1925)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 19). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1923).

Freud, S. (1992). *Obras completas: Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1925-1926)* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 20). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1926).

García Sánchez, M. C. (2018). Afecciones autoinmunes: Un acercamiento desde el psicoanálisis. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Gerez Ambertín, M. (2024). Sacrificio, goce y pulsión de muerte. *Revista El Hormiguero: Psicoanálisis, Infancias y Adolescencias*, (7).
https://elhormiguero.curza.uncoma.edu.ar/sites/default/files/2024-04/GEREZ%20AMBERTIN.%20REVISTA%20EL%20HORMIGUERO%20NRO%207_0.pdf

Hecht, E., Rudistein, C., Boso, R., Bruni, V., Luftman, V., & Pujol, A. (2025). Indicadores de cambio subjetivo en el proceso de elaboración psíquica: Análisis de un caso clínico con trastorno psicosomático desde una perspectiva psicoanalítica. *Intercambio Psicoanalítico*, 16(2), 117–129.
<https://doi.org/10.60139/InterPsic/16.2.9>

Lacan, J. (1975). *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma* (R. E. Rodríguez Ponte, Trad.; versión para circulación interna). Escuela Freudiana de Buenos Aires.
<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.25%20%20%20%20CONFERENCIA%20EN%20GINEBRA%20SOBRE%20EL%20SINTOMA.%201975.pdf>

Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* [PDF].
https://iedimagen.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/01/lacan-jaques_el-estadio-del-espejo-como-formador-de-la-funcic3b3n-del-yo.pdf

Lacan, J. (1956). *El seminario sobre “La carta robada”* [PDF].
<https://seminarioslacan.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/02/33-los-escritos-de-jacques-lacan.pdf>

Lacan, J. (2010). *El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964). Paidós.

Leibson, L. (2013). *La máquina imperfecta: Ensayos sobre el cuerpo en psicoanálisis*. Letra Viva.

McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Julián Yébenes S.A. (Obra original publicada en 1989).

Nasio, J. D. (1996). *Los gritos del cuerpo*. Paidós..

Piro, M. C., y Basualdo, A. B. (2007). La constitución del cuerpo en la enseñanza de Lacan: del estadio del espejo al Seminario de la angustia. En las XIV *Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.

Sociedad Argentina de Reumatología. (s.f.). *Información sobre enfermedades reumáticas: Enfermedad reumática n.º 23*.
https://www.reumatologia.org.ar/enfermedades_reumaticas_detalle.php?IdEnfermedad=23

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa.

9. ANEXO: Reconstrucción del Caso Marta.

Nota preliminar

El presente historial ha sido redactado a partir del material obtenido en tres entrevistas de orientación psicológica observadas de manera no participante en la Sección de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Todos los datos identificatorios han sido modificados para preservar la confidencialidad de la paciente, a quien llamaré Marta. El formato narrativo adoptado no responde como una exposición ordenada de síntomas y diagnósticos, sino como un relato que intenta restituir algo de la singularidad del encuentro. Se trata de un intento de escribir el caso como fue vivido: desde adentro.

Corresponde señalar, antes de comenzar, una advertencia metodológica que no es menor: el material disponible es escaso. Tres entrevistas de entre quince y veinte minutos cada una, en un dispositivo de consultorios externos hospitalarios, no ofrecen la densidad ni la continuidad que el trabajo analítico requeriría para desarrollar hipótesis con mayor solidez. Las lecturas que se presentan en este historial son, por eso, construcciones orientadas por la teoría psicoanalítica. Esta limitación no invalida el valor del caso; lo sitúa en sus condiciones reales de producción.

* * *

9.1 La llegada.

Marta llega a la Sección de Salud Mental derivada desde psiquiatría, sin historial previo en la sección.

Tiene 52 años. Trabaja como empleada doméstica por horas, cuando las articulaciones se lo permiten. Tiene seis hijos —tres mujeres, tres varones— y los describe con una frase que dice deprisa, como si fuera demasiado grande para detenerse en ella: *"tengo seis hijos tiroteados por todos lados"*. Convive con su pareja, un hombre mayor que ella con quien está desde hace más de diez años, y con uno de sus hijos varones, de 29 años, que tiene adicción a la cocaína.

Su presentación llama la atención desde el primer momento. Marta se muestra amable, arreglada, sin signos visibles de angustia frente a lo que relata. No hay tensión en el cuerpo, no hay llanto, no hay voz quebrada. Sin embargo, desde mi lugar de observadora, me quedé con una impresión que no logré dejar pasar: algo en su mirada, transmitía una humildad y una fragilidad que el relato verbal no decía de manera directa. En un momento, mientras esperábamos, nos quedamos solas en el consultorio. Marta estaba sentada con su mochila sobre las piernas, sonriendo con amabilidad, sin decir nada. Esa imagen me dio la herramienta necesaria para poder dar la puesta a la escucha del analista (*en formación*).

9.2 La primera entrevista: cuando todo cabe en veinte minutos

La primera entrevista de orientación, dura aproximadamente veinte minutos. En ese tiempo, Marta despliega una cantidad de material interesante: su motivo de consulta, sus diagnósticos médicos, su situación de pareja, su vida familiar, etc. Lo cuenta todo, y lo cuenta con tranquilidad y con una risa tímida por momentos.

Eso me generó en el mismo momento una pregunta: ¿por qué ahora, y por qué tan rápido?. Hay algo en esa disponibilidad para contar, en una primera entrevista, en un hospital, que habla de una demanda de escucha. El contraste entre esa apertura en el consultorio y la frase *"yo no soy de contar lo que me pasa"* no es una contradicción; es, quizás, una de las pistas más importantes del caso.

Sus diagnósticos médicos los menciona ella misma, en la entrevista: menopausia iniciada hace tres años, Artritis Reumatoidea, Síndrome de Sjögren, Síndrome del Túnel Carpiano, prolapso uterino con incontinencia urinaria que requiere intervención quirúrgica. Es una lista extensa para una mujer de 52 años, y el hecho de que sea ella quien la porta y la entrega, sin que nadie se la haya pedido aún

9.3 El motivo de consulta

Lo que trae Marta no es ninguna de esas enfermedades. Viene porque no puede dormir. Se despierta dos o tres veces por noche con una sensación que describe: *"siento que no puedo respirar, como una asfixia, como que me ahorcan. En esos momentos empiezo a mover las piernas, frotándolas sobre las sábanas y me ayuda a calmarme. Después me duermo y no me doy cuenta"*.

Cuando se le preguntó cuándo comenzaron estos episodios, Marta responde: *"un combo de cosas (...) mi vida no es fácil"*.

Marta cuenta que el 20 de marzo de 2025, acompaña a su hija a declarar en un juicio contra su expareja, por violencia doméstica expresando: *"Yo acompaño a todos"*. Como una descripción.

Ella describe lo que vivió ese día en el pasillo de espera: *"Estaba sentada en un pasillo sola hablando por teléfono con mi marido, lo que nunca, y me empecé a sentir mal, sentí frío, las piernas me temblaban, me transpiraban las manos"*.

Lo que más me llamó la atención fue la aclaración que Marta: *"lo que nunca"*. Llamar a su marido en un momento de angustia es una excepción que necesita ser declarada, casi justificada.

9.4 El modo de estar con los otros

Sobre su pareja, Marta dice: *"Yo a él no le cuento que me pasa, porque se enoja o se ofende. Yo no recibo ayuda de él. Cuando le dije que el doctor me dijo que vaya a un psicólogo, me dijo: '¿vos tenés que ir a un psicólogo? Si no te pasa nada'. Yo no soy de contar lo que me pasa"*. Me detuve en la última frase. Una cosa es que su marido no la escuche; otra, que ella no le cuente. Pero *"yo no soy de contar lo que me pasa"* ya no habla del marido.

Sobre el matrimonio, agrega con una risa tímida: *"Mi marido sale a bailar los viernes y los sábados. A veces vuelve al día siguiente, yo se que me engaña. Antes le revisaba el celular y me enteraba que me engañaba, pero ahora ya no me importa. Me quise separar y él no quiere. Además, yo sé que tiene una familia con otra mujer del barrio. A veces espero el fin de semana para estar tranquila, tomando mis mates. Mi hija me dice que salga como él, que no me quede encerrada, pero yo soy más de estar en casa, no de estar hasta altas horas de la noche en la calle. A mí me gusta salir, ir al cine, a comer, a pasear, pero no me gusta ir sola"*. El obstáculo no es el deseo: es la condición que lo anula, me dio la impresión de soledad.

Hay una escena cotidiana que ilustra su posición con una precisión casi dolorosa, que podría describir desde mi transferencia o mi escucha:

Al momento en que la psicóloga le consulta sobre el ritual de noche, la paciente describe: *"es difícil acostarme temprano, porque en casa tenemos una sola televisión que está en mi cuarto y mi marido con mi hijo les gusta ver su programa nocturno que termina a las doce más o menos, y estan en mi cama acostados, me quedo tomando mates en la cocina esperando que mi marido y mi hijo terminen de ver su programa de televisión en mi cama, que es donde esta la única tv, y capaz me acuesto pasadas las doce"*. Algo relatado sin indignación, por lo que me genera una imagen penosa.

9.5 El segundo y tercer encuentro: la persistencia del síntoma

El segundo encuentro es breve, como el primero. La psicóloga le pregunta cómo le fue con las técnicas de relajación recomendadas y con la medicación prescrita para dormir. Marta responde: *"hice las meditaciones con el celular, me puse un video en Youtube, y me ayudaron un poco pero pasó lo mismo que siempre..."* Con la medicación: *"tomé media pastilla, por las dudas y me relajó un poco..."*, no aclara ni se le pregunta si la tomó todos los días ni si llegó a tomar una entera. El resultado es el mismo: los episodios de asfixia siguieron apareciendo.

En este encuentro, el foco de la entrevista fue puesto casi exclusivamente en el síntoma del sueño. Al final del encuentro, se le recomienda volver a ver a la psiquiatra para revisar la medicación.

El tercer encuentro sigue la misma línea. Los ataques de asfixia nocturna persisten. La situación familiar no ha cambiado. Marta comenta, en este encuentro, que está realizando estudios médicos relacionados con el prolapso y la posible intervención quirúrgica.

Cabe mencionar que entre los tres encuentros observados, Marta faltó a un cuarto encuentro, sin que haya registro del motivo.

La secuencia de los tres encuentros me parece clínicamente significativa en sí misma. No hubo cambios. Los síntomas persistieron, y esto, leído desde el psicoanálisis, es lo esperable, sobre todo si se tiene en cuenta que lo que se observó no es un análisis. Son tres entrevistas de quince a veinte minutos en un hospital público, que en el mejor de los casos podrían pensarse como entrevistas preliminares: ese momento inicial donde todavía no hay análisis, pero donde algo del síntoma empieza a ser interrogado. En ellas, lo que se abre no es una respuesta sino una pregunta, o más bien dos: qué quiere decir lo que le pasa a este sujeto, y qué satisfacción hay en juego ahí, aunque todavía no se pueda responder ninguna de las dos.

Que Marta siga despertando con la misma sensación de asfixia después de tres encuentros no dice nada en contra del caso. Dice algo sobre el tiempo que estas cosas necesitan.

9.6 La demanda y sus condiciones

La psicóloga le consulta si tomó la medicación prescrita por el psiquiatra, tras leer el historial clínico del Hospital: *"No, no lo tomé porque primero quería venir a hablar con un psicólogo"*. Esa frase establece una prioridad: antes de silenciar lo que ocurre en el cuerpo, hay algo que necesita ser dicho. Eso es, en términos analíticos, una demanda, y es la condición necesaria para que haya trabajo posible.

De todas las personas que pasaron por ese consultorio durante las semanas de mi observación, Marta fue la única que rechazó la pastilla y pidió palabras. Eso no me pareció un dato menor.

Sin embargo, la demanda de escucha, por sí sola, no produce transformación subjetiva. El dispositivo en el que Marta fue atendida, con sus tiempos acotados, su foco en el síntoma y su orientación hacia la medicación y las técnicas cognitivas, no ofreció las condiciones para ir más lejos. Las preguntas que el trabajo analítico debería poder alojar, las que apuntan a la implicación subjetiva, no llegaron a formularse. Eso no es una crítica al dispositivo hospitalario, que responde a una lógica y a una urgencia propias; es simplemente el reconocimiento de un límite real.

Las preguntas que me surgieron después de escucharla, y que imagino como posibles aperturas para un trabajo analítico en otras condiciones, son de este orden: *¿qué pasaría si no esperaras? ¿Qué pasaría si contaras lo que te pasa? ¿Qué obtenés, sin saberlo, al seguir ocupando ese lugar?* No son preguntas que se hagan de golpe ni al principio. Son preguntas que requieren tiempo, vínculo y un dispositivo que pueda sostenerlas.

9.7 Una apuesta sin garantías

El trabajo analítico con Marta, si pudiera sostenerse en condiciones adecuadas, apuntaría a acompañar un pasaje: del cuerpo que padece al sujeto que puede interrogarse por su padecer. Si algo de lo que actualmente descarga en el cuerpo logra, con el tiempo, ligarse a la palabra, se habría abierto una puerta.

Hay algo en la imagen con la que me quedé de Marta, sentada con su mochilita en las piernas, sonriendo con amabilidad en el silencio, que me parece que dice mucho sobre su posición. Todo prolijo, todo sostenido, todo en su lugar. La fragilidad que esa imagen transmitía no estaba en lo que decía, sino en lo que no necesitaba decir. El cuerpo, ahí también, hablaba por otro lado: el cuerpo habla lo que la boca no...

* * *