



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SIGNIFICACIONES ASOCIADAS AL DOLOR CORPORAL EN LA TRAYECTORIA DE
ENFERMEDAD DE MUJERES POLICONSULTANTES**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

MARÍA ALEXANDRA COSTALES NÚÑEZ

Profesora Guía:
Svenska Arensburg Castelli
Profesora Co-Guía:
Marianella Abarzúa Cubillos
Profesor Informante:
Pablo Reyes Pérez

Santiago de Chile, diciembre de 2018

**SIGNIFICACIONES ASOCIADAS AL DOLOR CORPORAL EN LA TRAYECTORIA DE
ENFERMEDAD DE MUJERES POLICONSULTANTES**

Resumen

El fenómeno de la policonsulta a servicios de salud presenta una elevada prevalencia en Chile, siendo significativamente más alto en pacientes mujeres. Los estudios previos han mostrado las dificultades inherentes al adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes policonsultantes, incluyendo la propia relación con el paciente. El psicoanálisis permitiría enriquecer la aproximación del saber médico a esta problemática, dado que explica que los fenómenos corporales no involucran sólo un componente orgánico, sino que también guardan parte de su subjetividad cuando son hablados en un sentido amplio. Además, ofrece modelos sobre ciertos trastornos que involucran al cuerpo (síntoma conversivo, somatización), manteniéndose vigente el debate respecto del aporte conceptual y práctico de dichos modelos.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se reconoce el lugar que el discurso y la práctica médica tendrán sobre el surgimiento, el mantenimiento y la propia significación que adquirirá la experiencia del dolor. Atendiendo a dicho contexto, se desarrolló un estudio cualitativo centrado en la reconstrucción de las trayectorias de enfermedad de pacientes policonsultantes. Se trabajó con 5 mujeres, en dos fases de entrevista: primero, se reconstruyó la narración de sus trayectorias de enfermedad en torno al dolor corporal. En un segundo encuentro, se incorporó el uso de la técnica de Mapa Fantasmático Corporal para que, a través del trazo, incorporaran otros elementos además de los discursivos: lo inconsciente que se tramita en la experiencia vital. Los resultados fueron organizados como relatos que, en su riqueza y complejidad, muestran las dificultades de clasificar los fenómenos corporales en una única trama interpretativa que englobe el sentido del padecimiento, al ver cómo los cuerpos conjugan la totalidad de la experiencia del dolor, se articulan, dialogan, entrampan, ocultan y revelan, en el límite entre lo psíquico y lo somático, en el acto de enunciar y elaborar sus vivencias en torno al fenómeno.

Palabras clave: policonsultante, cuerpo, dolor, lugar físico del síntoma, imagen del cuerpo.

Agradecimientos

A todas las participantes del estudio por hacer hablar al corazón de la investigadora,

A Elina Matoso y Mario Buchbinder por su colaboración y orientación en el desarrollo de la investigación,

A Marianella Abarzúa por su guía y acompañamiento en el proceso,

A todas las personas que de una u otra forma acompañaron y alentaron a la persona detrás del escrito.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Pregunta de investigación y objetivos | 6 |
| Antecedentes teóricos | |
| 1. Notas sobre el cuerpo en psicoanálisis | 7 |
| 1.1 Antecedentes del cuerpo en Freud: lecturas desde el psicoanálisis contemporáneo | 7 |
| Campo semántico del cuerpo freudiano | 7 |
| El cuerpo en las neurosis | 8 |
| El cuerpo y la pulsión | 9 |
| Cuerpo y narcisismo | 10 |
| Yo-cuerpo | 10 |
| Retórica del órgano: lugar físico del síntoma | 11 |
| Cuerpo y cultura | 11 |
| 1.2 Particularidades conceptuales respecto del cuerpo en Lacan | 12 |
| Cuerpo y goce | 13 |
| Registros del cuerpo | 14 |
| 1.3 La complejidad del cuerpo como objeto de estudio | 15 |
| 2. Distinciones entre los fenómenos corporales | 18 |
| 2.1 Síntomas somáticos | 18 |
| 2.2 Conversiones en la histeria | 19 |
| El cuerpo en la histeria | 20 |
| Conversiones en Lacan | 21 |
| Particularidades del síntoma conversivo | 22 |
| 2.3 El lugar físico del síntoma | 23 |
| 2.4 Imagen inconsciente del cuerpo | 26 |
| Enfermedades e imagen del cuerpo | 27 |
| Marco metodológico | |
| 3. Metodología | 29 |
| 3.1 Entrevistas narrativas con enfoque biográfico | 29 |
| 3.2 Trayectoria de enfermedad | 30 |
| 3.3 Mapa fantasmático corporal | 32 |
| Mapas anatómicos | 33 |
| 3.4 Procedimiento | 34 |
| Resultados | |
| 4. Presentación de resultados | 38 |
| 4.1 Katherine | 38 |
| Cuando estoy con el problema, no siento nada | 38 |
| Siempre fueron tres | 39 |
| Me ha costado la vida... [pero] lo puedo soportar en mi organismo | 40 |

| | |
|---|-----|
| “Tú estás pidiendo a gritos, Katherine, a gritos, que te valoricen como persona” | 40 |
| No te quitan el dolor, te mantienen..... | 42 |
| 4.1.1 Mapa corporal de Katherine | 43 |
| 4.2 Agustina | 45 |
| El devenir de la “adolescencia bruta” | 45 |
| Perder la confianza (el otro que falla) | 46 |
| Yo sé por qué me pasan las cosas | 47 |
| 4.2.1 Mapa corporal de Agustina | 49 |
| 4.3 Esmeralda..... | 51 |
| Le tengo tanto miedo al dolor físico que lo evitaba como fuera | 51 |
| Esa transferencia genética..... | 52 |
| Todo funciona bien, pero cuando quiere | 54 |
| Me da una lógica al dolor | 56 |
| Mi cuerpo sabe mejor que yo lo que me pasa (es como un instrumento musical) | 58 |
| 4.3.1 Mapa corporal de Esmeralda..... | 61 |
| 4.4 Marta | 63 |
| Estaba luchando con algo que no entendía..... | 63 |
| ¿Qué no me han sacado? | 64 |
| De princesa pasé a conocer la vida de forma más fuerte..... | 65 |
| Quiero estar presente así | 66 |
| Dígame la verdad..... | 68 |
| Característica de la tercera edad..... | 69 |
| 4.4.1 Mapa corporal de Marta | 71 |
| 4.5 Ana | 73 |
| Soy un enigma médico y no hay cura... Y a nadie le importa | 72 |
| Todos tus problemas son patologizables..... | 75 |
| “No hay dolor más insoportable que el dolor ajeno” | 76 |
| En este tiempo con el dolor he tenido más momentos de fortaleza y felicidad que antes | 78 |
| Toda la gente padece en el mundo distintas situaciones..... | 80 |
| 4.5.1 Mapa corporal de Ana | 82 |
| Discusión..... | 84 |
| Conclusiones..... | 99 |
| Referencias..... | 104 |
| Anexos..... | 108 |

Introducción

Se entiende por policonsultantes a pacientes que presentan un elevado número de consultas espontáneas en un mismo centro de salud, consultas que aparecen como injustificadas o sin motivo aparente para los profesionales que las reciben. Estos pacientes refieren síntomas múltiples y recurrentes (desde náuseas, vómitos, cefaleas, hasta síndromes funcionales como fibromialgia o colon irritable), pero ni las causas ni el curso que sigue dicha sintomatología se ajusta a los criterios para ser considerada enfermedad médica. El número de pacientes policonsultantes mujeres mayores de 30 años es significativamente mayor al de hombres, en cualquier rango de edad. Se suele suponer que se trata de depresiones encubiertas, de trastornos somatomorfos o incluso de intentos de manipulación, además de tratarse de pacientes que se resisten o no adhieren a un tratamiento, tendiendo a ser poco accesibles (Atencio & Espinoza, 2004; Fagalde, 2009; Saffie, 2011).

Los manuales clasificatorios diagnósticos distinguen a los trastornos por somatización de acuerdo al tipo de malestar que genera al enfermo. El paciente policonsultante, a pesar de no figurar en estos manuales como un diagnóstico particular, se distingue del paciente somatizador en tanto las quejas que presentan son de carácter múltiple y difuso; a diferencia de los pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo, donde la queja es recurrente y tiende a mantener el mismo carácter, en ausencia de una causa orgánica específica.

También se entiende que la aproximación al dolor corporal diverge de otras sintomatologías de carácter físico, en tanto hay una manifestación advertida como dolorosa; al contrario de otros pacientes somatizadores que reconocen padecimientos recurrentes que no necesariamente van ligados al dolor (como fatigas crónicas o vómitos). Finalmente, la característica fundamental que definirá al grupo policonsultante es que el paciente relata episodios de dolor (malestar físico que interfiere y/o limita sus actividades cotidianas), que no están ligados a enfermedades crónicas previamente diagnosticadas (como úlceras y otros trastornos gástricos o enfermedades respiratorias recurrentes), traumatismos o accidentes previos.

La prevalencia de pacientes policonsultantes en el nivel primario de salud muestra que se trata de un problema relevante para el sistema de salud pública, a nivel nacional e internacional (Fagalde, 2009). Además, la población chilena presentaría alta prevalencia de trastornos vinculados a la somatización. En un estudio sobre síntomas psicológicos en consultantes de atención primaria, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y realizado en múltiples centros de salud de cinco continentes, en Santiago de Chile se encontró una prevalencia del trastorno por somatización de 17,7 %, ubicándose en el rango de países con una prevalencia elevada de este diagnóstico (Belloch y López, 2002). Desde una perspectiva de salud pública, los estudios ponen de manifiesto que las mujeres acuden con más frecuencia que la población general a los servicios sanitarios, particularmente a atención primaria, servicios de urgencias y salud mental.

La policonsulta se define en términos de una dificultad para los equipos clínicos, cuyas expresiones más evidenciables son una asistencia numerosa al consultorio, resistencias e inadecuación a los protocolos de tratamiento

establecidos para sus dolencias físicas inespecíficas, variables y recurrentes. Existe entonces una saturación de los servicios de salud por pacientes policonsultantes, no adecuándose al perfil de demanda de estos usuarios frecuentes (Ministerio de Hacienda, 2005). Surgen entonces múltiples obstáculos relacionados con la organización de los servicios de salud, que obstaculizan el adecuado diagnóstico e intervención con estos pacientes.

En el encuentro con pacientes policonsultantes, los profesionales de la salud suelen desconocer los elementos psicológicos implicados en la experiencia de dolor corporal, el que suele ser abordado como un padecimiento exclusivamente físico. La perspectiva psicoanalítica, en la medida que esta aporta nociones más amplias respecto del cuerpo, los fenómenos corporales y los registros en los que opera el dolor en los sujetos, permitiría enriquecer la aproximación a la experiencia de pacientes policonsultantes, aportando nuevas lecturas sobre sus padecimientos. Además, ciertas aproximaciones desde la antropología social (Le Breton, 2002; Gori y Del Volgo, 2010) han subrayado la relevancia que tendrá el discurso y la práctica médica en las elaboraciones de los pacientes sobre la enfermedad.

El psicoanálisis ha hecho una relevante contribución a la comprensión de procesos esenciales en la vida de todo sujeto, que a su vez permiten dar luz sobre ciertos trastornos que carecen de un origen físico. El trabajo de Freud permitió analizar la vida psíquica del hombre enfermo y del sano mediante la investigación psicoanalítica, en contraste con la medicina tradicional, que suele descuidar el papel de los procesos psíquicos en la vida de los pacientes, considerándolos datos de escasa importancia.

La problemática que gira en torno a la conceptualización del cuerpo ha sido motivo de debate para las múltiples especialidades médicas, del mismo modo para el psicoanálisis clásico, y en consecuencia para los desarrollos teóricos y metodológicos posteriores en esta disciplina. Green (2010) especifica puntos de discusión que autores reconocidos en el campo de la psicopatología han trabajado (como representantes de la escuela de París, Marty y McDougall, entre otros), en contraste con conceptualizaciones del psicoanálisis clásico. Más allá de los puntos de divergencia existentes en la teoría, rescata la importancia de hallar soluciones alternativas a la cura psicoanalítica clásica con pacientes somáticos, ante la dificultad de instaurar un encuadre tradicional.

Es así como parte del recorrido que distintos autores realizan para contrastar y, en cierta forma, cuestionar ciertas teorizaciones de las escuelas posfreudianas respecto de los pacientes policonsultantes, así como también exponen puntualizaciones esenciales sobre la relación entre el cuerpo y los imaginarios que surgen a partir del discurso y la práctica médica.

Ahora bien, no se trata exclusivamente del otro de la institución médica, sino de que a partir de las relaciones con las figuras primordiales estos encuentros se actualizan y (re)cobran una representación. Freud resaltaré que: *“en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social...”* (Freud, 1921, p. 67). Es entonces evidente que existe una imposibilidad de pensar al sujeto fuera la cultura y las prácticas sociales.

Es en este entramado cultural donde el otro cumple un rol fundamental en la estructuración del sujeto. Primeramente, y desde el origen de la vida psíquica la cría, a través de su relación con el Otro, se va a insertar en la cultura y va a ocupar un determinado lugar al interior de la misma, construyendo y deconstruyendo representaciones en lo individual (Arias, 2015). Por eso es que se propone trabajar la trayectoria de enfermedad de estas pacientes para reconocer, en estos encuentros y desencuentros con el Otro, cómo el dolor corporal ha adquirido significación en su historia.

No obstante, se da un lugar particular a la relevancia del discurso médico en las trayectorias de enfermedad. Revisando a Nasio (2009), se reconoce lo fundamental de la inscripción del saber científico, en particular respecto de la construcción del cuerpo de cada paciente. La teoría médica y científica tendrá un lugar en las representaciones del sujeto y se tornará conocimiento personal, caricaturizado en el interior psíquico del sujeto, siendo el fantasma de ese objeto real. Por eso es que existen dolencias propias a cada época de la ciencia. La institución médica puede bien llegar a ser objeto que estorba y violenta el cuerpo, irrumpiendo con su saber en el psiquismo de los individuos.

El problema de los pacientes policonsultantes guardaría entonces relación con la forma de escuchar el padecimiento corporal por parte del dispositivo biomédico. Según Assoun (1998), la más mínima anamnesis de tales pacientes revelará a su vez un aprovechamiento de los recursos de conocimiento de los sucesos corporales. El psicoanálisis da pie a un trabajo investigativo relevante: en esta propuesta se plantea el uso de un dispositivo biográfico que permita reconstruir la trayectoria como sujetos aquejados por dolores corporales, para así advertir cómo las pacientes han incorporado también elementos de la trayectoria médica en el modo de significar su sufrimiento corporal.

Se tomará en consideración el trabajo de Freud y Lacan, ya que brindan la base de las conceptualizaciones sobre cuerpo, enfermedad y síntoma somático, teniendo como eje teórico al psicoanálisis clásico. A la vez, se incorporaron autores contemporáneos que han trabajado estas temáticas.

Unzueta y Lora (2003) exponen que existe una diferencia entre el cuerpo como organismo viviente y el cuerpo humano. En el cuerpo humano, la materialidad de lo viviente se ve afectada y transformada por lo que Freud llama la acción de lo psíquico sobre lo somático. Para Freud (1893), en el ser humano la estructura psíquica tiene una influencia sobre el organismo y esto da como resultado el cuerpo. El cuerpo, en tanto efecto de la estructura psíquica, es algo diferente de lo viviente pues ya no se rige exactamente, como el organismo, por los ritmos y las funciones biológicas de la auto conservación y la reproducción.

En los *Estudios sobre la histeria* (1895), al descubrir el significado simbólico de los síntomas de las pacientes histéricas, Freud señala que las somatizaciones son el resultado de la transformación de una excitación endógena en una inervación somática, en ese sentido hacemos la distinción que ofrece Assoun (1998) al hablar de *soma* en lo que respecta al objeto tangible, en oposición a la psique. En esa misma época, a partir de sus tesis sobre las neurosis actuales, Freud describe cómo la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico, ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental (Otero

& Rodado, 2004). Esta sobreexcitación y la falla de los mecanismos mentales producen la descarga en el cuerpo, a través de síntomas somáticos.

Ya desde los inicios de su trabajo, Freud diferencia las parálisis histéricas de las parálisis motrices, señalando que la parte del cuerpo paralizada de la histérica no responde a las vías neurológicas, sino a las palabras. Cómo las palabras han recortado el cuerpo, cómo los significantes lo han marcado. Por lo tanto, se rompe la posible articulación simbólica y las palabras están en lugar de las cosas (Gómez, 2002). El cuerpo verdadero, el primer cuerpo -dice Lacan- es lo que denomina el cuerpo simbólico, el lenguaje, el cuerpo en tanto hablado. Lo simbólico es un cuerpo en tanto sistema de relaciones internas, lo simbólico es de alguna manera un cuerpo, con su materialidad. Es un cuerpo no reductible al organismo por tratarse de un cuerpo representado, ordenado por el lenguaje (Soler, 1988).

En las somatizaciones histéricas se constatan desarreglos en lo real del organismo, mientras que la imagen del cuerpo no se ve afectada: no está en juego allí la realidad corporal que la imagen asegura. Entretanto, esta imagen del cuerpo cumple otra función, de mensaje al otro, al tiempo que se halla sujeta al mensaje recibido de ese otro (Gómez, 2005). El síntoma histérico es una somatización funcional que no deja ninguna lesión observable en el cuerpo. La enfermedad psicósomática, en cambio, es una somatización con lesión del órgano. Sobre el plano de la cura analítica, el síntoma histérico puede desaparecer luego de una interpretación, es decir, trabajando sobre la dimensión de la palabra. Para Lacan (1953, en Castellanos, 2009), el goce del síntoma de conversión se sitúa del lado del goce fálico, es decir del deseo del Otro en el orden simbólico. La enfermedad psicósomática, en cambio, pertenece al campo de lo real del cuerpo y la interpretación, aun llegando a tocar el centro de la lesión, no produce el efecto de liberar la palabra.

Cada individuo tendrá su teoría psíquica y su imagen del objeto cuerpo, compuestas de otras imágenes de valor afectivo para ese sujeto; por ende, el sufrimiento del cuerpo no puede existir sino a condición de que este cuerpo fuera representado (Nasio, 2009). Reconocer la influencia de los hechos sociales en los avatares de la vida psíquica individual y grupal es ineludible, ya que muchas veces la propia inercia y ambigüedad frente a los mismos puede llevar a la indiferencia y al acostumbamiento, aumentando el desamparo y el sufrimiento de los pacientes. Esto plantea consideraciones éticas, que van más allá de la eficacia de cualquier tratamiento.

Se entiende que el origen de las dolencias de los pacientes se ubica en un momento previo al encuentro con el médico, no obstante este y los lugares otorgados al Otro en la tramitación del dolor marcarán las significaciones de la enfermedad en los pacientes. La institución médica mediará esta construcción en la dialéctica con los pacientes, en sus encuentros y desencuentros: o bien el paciente es negado en su historia por los profesionales de salud, o bien los actos de reconocimiento permiten aproximarse al dolor de otra forma (Assoun, 1998).

Se definirán así constantes idas y vueltas entre lo que compete al cuerpo y lo que escapa de él, las que incidirán en los avatares de los encuentros y desencuentros entre médico y paciente: ya sea que se lo prolongue por lo psicológico, se lo enriquezca por lo moral o se lo emblematicice por lo funcional, ese residuo de la explicación orgánica remite al misterio de una disfunción, sin

designación de un órgano afectado. El sujeto sólo creerá en su propio organismo porque así lo indica la fe médica, que por otra parte es ilimitada, lo que hace que crea en ella de forma determinante.

Actualmente, las nociones sobre el fenómeno de somatización continúan las distinciones establecidas tempranamente por Freud (conversión histérica y neurosis actuales). Aunque el término psicósomático ya ha sido utilizado en otros campos de conocimiento, como un modo de clasificar los acontecimientos del cuerpo en torno a una etiología psíquica, se distinguen distintas escuelas psicoanalíticas que acuñan el término para distinguir a un tipo particular de pacientes que, según sus postulados, no podían ser clasificados dentro de los esquemas ya trazados. Un aspecto que guardan en común las distintas aproximaciones teóricas del campo de la psicósomática es que el problema de la misma lleva implícito otro fundamental, que corresponde a la transformación de lo afectivo en lo somático: la enfermedad no daría cuenta en forma directa de un conflicto psíquico, sino de una alteración en la capacidad de representación o simbolización en los pacientes llamados psicósomáticos. Esto ha sido revisado y cuestionado por otros autores (Green, 2010; Assoun; 1998; Nasio, 2017), en tanto los constructos teóricos relevantes respecto del cuerpo pueden ya ser entendidos desde el psicoanálisis clásico, no siendo necesario reformular ni incorporar nuevas terminologías ni particularidades respecto de estos pacientes.

Dado que el psicoanálisis explica que los fenómenos corporales, además de su componente orgánico, guardan elementos de la subjetividad de los individuos en tanto la dolencia es representada, permitiría enriquecer la aproximación desde el saber médico a la policonsulta. Por ello, el estudio de pacientes que presentan una sintomatología preponderantemente fisiológica y a la vez múltiple, desde un enfoque biográfico permitiría dilucidar cómo estos acontecimientos del cuerpo se hacen presentes en su discurso, vivencias y en su relación al otro, dando así un paso para esclarecer las discordancias en torno a los referentes teóricos y de intervención que surgen en relación a este particular fenómeno, respondiendo a la pregunta de investigación, a saber: ¿qué significaciones emergen respecto del dolor corporal en mujeres policonsultantes, a través de su trayectoria de enfermedad?

Pregunta de investigación

¿Qué significaciones sobre el dolor corporal emergen de la trayectoria de enfermedad en mujeres policonsultantes?

Objetivos

Objetivo general

Analizar las significaciones asociadas al dolor corporal en la trayectoria de enfermedad de cinco mujeres policonsultantes.

Objetivos específicos

- Describir los discursos en torno al dolor corporal en mujeres policonsultantes en su trayectoria de enfermedad.
- Identificar cómo se construyen estas significaciones respecto del dolor corporal a partir de los encuentros/desencuentros con el otro.
- Analizar el lugar del discurso médico en las significaciones asociadas al dolor corporal, de la trayectoria de enfermedad de pacientes policonsultantes

Antecedentes teóricos

1. Notas sobre el cuerpo en psicoanálisis

Tomando en consideración que la metapsicología freudiana da cuenta de elementos advertidos en la escucha clínica, lo inconsciente se construye como un objeto metapsicológico de interés, siendo caracterizado como un sistema dotado de propiedades económicas y dinámicas. Conceptos como el de pulsión, narcisismo y la propia constitución del yo entrarán en diálogo activamente con el cuerpo y sus funciones ya que, a pesar que este no constituya un concepto metapsicológico en sí, será reverso de estos sistemas y punto de anclaje de la constitución misma de los sujetos.

La noción de sujeto nunca se concreta como inscripción propia, sino que en cierto modo atraviesa todo un movimiento de aclaración: el cuerpo tendrá un lugar fundamental en la experiencia subjetiva, desde etapas tempranas de la constitución subjetiva. Por ello es importante, primeramente, aclarar bajo qué coordenadas teóricas se emplea el término cuerpo, a qué cuerpo se refiere y cómo acompañará a las conceptualizaciones propiamente metapsicológicas. La potencia que tiene el cuerpo, como organismo viviente, como metáfora, como imagen, será objeto de investigación del psicoanálisis y permitirá un acercamiento a sus fenómenos.

1.1 Antecedentes del cuerpo en Freud: lecturas desde el psicoanálisis contemporáneo

Campo semántico del cuerpo freudiano.

A lo largo del trabajo de Freud, se observa el uso de distintos términos del alemán que hacen referencia al concepto de cuerpo. Por un lado menciona al *Körper* o Cuerpo real, como materia visible que ocupa un espacio y es designable por lo anatómico. En otras instancias alude al *Leib*, como concepción de un cuerpo aprehendido en su enraizamiento, en su propia sustancia viva, principio de vida y de individuación. Finalmente, está el adjetivo *Somatisches*, que remite al registro de lo somático, al describir procesos determinados que se organizan de acuerdo con una racionalidad que es, a su vez, determinable; estos atributos distinguen al término *Somatisches* de los dos sustantivos antes mencionados, al sortear sus efectos, esto es: cada vez que penetran en la diacronía de los procesos inconscientes (Assoun, 1998).

Las emergencias del cuerpo no explicarían nada *per se* en Freud, sino a partir de su conjunción con los procesos psíquicos, se trata de entender la corporeidad atravesada por lo inconsciente, con su efecto no fortuito de dispersión: en su terminología, designa una profundidad –un adentro- y a la vez una superficie visible. Freud tomaría estas distinciones, siguiendo a Assoun (1998), al referirse al *Leib* como un principio del que salen efectos y signos como fuente de excitaciones internas, o al referirse al *Mutterleib* o cuerpo materno, es

decir, la carne misma inmutable. El *Körper*, en cambio, va a definir la referencia a los procesos somáticos, a lo corporal mismo y sus transformaciones.

Más que imagen, Freud (1923) vendría a denotar que el cuerpo es el fondo tocado por la exploración de los procesos psíquicos en momentos decisivos. Por lo tanto, es relevante su exploración más allá de su conceptualización como el revés del objeto metapsicológico, que cobra su significación como síntoma y dentro de un contexto del trabajo propiamente psíquico, pero que le hace trabajar con más intensidad. Entonces, la referencia de lo que se denominará cuerpo “dependerá del registro desde el cual se hable, no siendo una categoría dada desde los orígenes de la vida psíquica, sino una concepción a construir, cuya dinámica no supone la superación sino la suma de diversas referencias y lógicas de funcionamiento que se superponen sin anularse o suprimirse en vías de una síntesis” (Topa, 2011, p. 57).

Es así como no se puede entender lo que dice el psicoanálisis sin revisar la visión de lo somático y de su posición propia, no se trata de un “Inconsciente del Cuerpo”, sino de un “saber del saber inconsciente” que descubre un cuerpo; por lo tanto, el saber del cuerpo resultará irreversiblemente revisado. Lo que se abre es una relectura de la relación psique y soma desde el psicoanálisis, tomando el eje de lo inconsciente, siendo que “el cuerpo no puede ser más planteado como principio autógeno portador de su sentido propio, ahora Freud descubre los efectos-de-cuerpo del lenguaje inconsciente” (Assoun, 1994, p. 233).

Se concede entonces el principio del discurso biológico, al decir que para lo psíquico, lo biológico cumple el papel de la roca de origen subyacente: lo corporal no se reniega, sino que forma la materialidad subyacente de lo psíquico. Añade Assoun (1994) que lo inconsciente sería, entonces, el lugar de paso a la vez necesario y misterioso en el que la relación de la psique y el cuerpo se torna en cierto modo indecible, donde las “voces del cuerpo” se mezclan con los efectos significantes.

Para juzgar los efectos corporales nos vemos remitidos al vencimiento del trabajo inconsciente efectivo, siendo el cuerpo operador o mediador de ciertas construcciones metapsicológicas.

El cuerpo en las neurosis.

El punto de partida que marca la entrada del cuerpo en la experiencia analítica remite a la histeria, no sólo por la pista que otorga a Freud (1893) sobre un saber de lo inconsciente, sino también por lo que “da cuerpo” al propio síntoma. Lo que la histérica muestra es su psiquismo visible en su cuerpo, operando por la vía del síntoma: sería entonces el síntoma lo que hace que, en la histeria, psique y cuerpo dialoguen activamente. De esta forma se enfrenta al problema de lo somático, el cuerpo expresa el conflicto a la vez que lo enmascara, acuñando el término de *conversión* a este mecanismo, dando como resultado que la afectación corporal exprese un ahorro del daño de la representación incompatible, traduciendo el desprendimiento de una energía derivada de la tensión representativa.

“Antes que complacerse en el órgano erotizado, el alma del síntoma expresa su deferencia para con el órgano, trabajando así en el detalle del órgano y no en el cuerpo global, sino en el primer órgano seducido por lo reprimido” (Assoun, 1994, p. 237). El cuerpo en la histeria haría del síntoma una estrategia erótica para el uso

del cuerpo propio, y para hacer del Otro parte interesada en esta auto seducción (Freud, 1895). Se observa aquí que el cuerpo está planteado como receptor económico “de una energía cuya dinámica representativa queda del lado de lo reprimido” (Laurent, 2006), dialéctica que se juega en el cuerpo y a la vez fuera de él.

Decir que el síntoma “toma cuerpo” es decir que el sujeto se vuelve a dirigir el mensaje que le llegó del Otro, el cuerpo sería el soporte vivo del síntoma por el cual el mensaje del Otro quedó incorporado, mensaje que a la vez resulta problemático y da pie a la *proton pseudos* o “primera mentira” relevada a través del cuerpo en la histeria (Assoun, 1994). Es así como el cuerpo neurótico se forma en el punto de encuentro de lo propio y de lo Otro.

Por otro lado, el campo de las neurosis actuales, en que se observan somatizaciones difusas en las que parecería que el cuerpo hablara solo, Freud propone al cuerpo como lugar de simbolización. Los efectos que tendrán los afectos sobre los procesos corporales se evidencian en estas neurosis, la angustia primordialmente se manifiesta en lo más basal del cuerpo orgánico, a modo de tensiones, distensiones y efectos evidenciables en lo fisiológico, desarreglando sus funciones vitales a modo de descarga al exterior sin representación.

El cuerpo y la pulsión.

En la obra *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), Freud inaugura una concepción distinta de la relación entre lo psíquico y lo corporal, a través del concepto de pulsión. Esta se ubica como un representante psíquico de las excitaciones corporales que fluyen constantemente y que poseen como fuente las zonas erógenas, el cuerpo estaría así cubierto de erogeneidad (Orozco, 2012). Las pulsiones van a representar en el cuerpo la traducción de un cierto lenguaje del mismo, de su consistencia viva como fuente de excitaciones. Delimitan lo ánimico de lo corporal, conectan y deslindan sus procesos, llevan estas excitaciones corporales a una instancia psíquica.

La simetría entre el saber y el síntoma permite situar la función del cuerpo, el cual indica algo que aparece desajustado respecto del origen del síntoma, pero que sirve no obstante para situarlo. Esto -de igual forma- aproxima a la pulsión, concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Se entiende que la pulsión encuentra su fuente en un lugar somático: “excitación corporal localizada en un órgano y que se traduce de una tensión originaria, cuya moción se manifiesta como psíquica, tendiendo a la supresión del malestar por mediación de un objeto” (Assoun, 1994, p. 243).

Continúa Assoun (1994) explicando que el aflujo excitatorio proviene del adentro (lo que Freud denota desde el *Leib*) y es convertida por la pulsión en moción psíquica: en otras palabras, el cuerpo -en la forma de excitaciones internas- hace trabajar a la psique de donde nace la pulsión. Este cuerpo (*Leib*) sirve como fuente ciega de aquellas excitaciones prehistóricas de la pulsión, de este proceso somático localizado en un órgano o en una parte del cuerpo del que no se sabe nada, inserta un indefinible en el núcleo mismo de la sexualidad infantil. Se entiende que el cuerpo en sí no es *causa* del proceso pulsional o del placer, pero sin la corporeidad no serían posibles.

En el primer dualismo pulsional de Freud (1915) se destaca que un mismo órgano puede estar a disposición de las pulsiones sexuales y de las pulsiones de autoconservación y, cuanto más íntima sea la relación que un órgano dotado de esta función bilateral contrae con una de las funciones, más se rehúsa la otra; mostrando así la relación metafórica entre dos cuerpos: el cuerpo como soporte de funciones corporales importantes para la vida, cuerpo de necesidad; y por el sesgo de una ganancia obtenida al margen se instala el cuerpo erotizado, por donde reaparece el cuerpo del síntoma evocado en la histeria. Decir que hay dos cuerpos sería renegar el papel causante del cuerpo, que se presta más bien al soporte como causa ocasional: el cuerpo nombra la realidad de la pulsión en su ausencia de basamento (Assoun, 1994).

Cuerpo y narcisismo.

Freud (1914) hace referencia a que, en el narcisismo, el sujeto comienza por tomarse a sí mismo -su propio cuerpo- como objeto de amor. En este sentido, el objeto pulsional desaparece en favor del órgano, y este vendría a tomar el lugar del objeto, después del cuerpo entero: la erotización del cuerpo propio hace nacer este “cuerpo-Narciso”, denominado así por Assoun (1994). En esta instancia, la problemática del cuerpo es notoria en el sentido de que este ya no es el fondo de los objetos pulsionales, sino el principio de subjetivación de la satisfacción: el Yo deviene el Objeto mismo, como el órgano libidinal. Visto de este modo, el cuerpo cumplirá su función en el sentido en que sea promovido como soporte de la función narcisista, en la que vendría a responder a una imagen, una ilusión sin cuerpo, que resulta en su propio cuerpo tomado como el de otro.

Cierto lugar del cuerpo es tomado como anclaje de libido e interés vital, tal órgano preocupará entonces al yo. Para Orozco (2012), lo que se produce con estas investiduras retiradas sobre un órgano es que éste ocupa y absorbe al yo. Como si todo lo que dinamiza al sujeto, el interés vital y la pasión libidinal, se hubiera cercado allí. “No se requiere que el órgano esté lesionado cuando de lo que se trata es de una recarga narcisista contra él, con lo cual también se afirma un contenido de daño que se reviste de un signo que anuncia la devastación del ser” (p. 153). El órgano que preocupa al yo del hipocondriaco, por ejemplo, es esa porción de cuerpo dañado que vulnera o es esencia de la vida: la misma enfermedad orgánica obliga a una retracción de la libido e interés hacia el yo.

Yo-cuerpo.

De acuerdo a Assoun (1994), la noción que más se acercaría a una teoría freudiana de lo corporal es la del Yo como un afloramiento de lo corporal mismo, cuya función es la de regir los accesos a la motilidad; no siendo únicamente un ser de superficie, sino que también la proyección de una. El cuerpo interviene en la génesis del Yo, y el Yo está estructurado como el cuerpo, entendido aquí como superficie, como límite y extensión.

Esto hace que el Yo-Cuerpo cumpla un papel relacional del afuera y el adentro, se opera así una auto representación que supone, a la vez, la presencia de lo exterior la y separación de este, por la cual el Yo es capaz de relacionarse

consigo mismo. Asimismo, la emergencia de la subjetividad se efectuará conforme a la lógica corporal de la proyección. El Yo deriva de las sensaciones corporales, principalmente de las que tienen su fuente en la superficie del cuerpo, siendo una proyección mental de la superficie del cuerpo y siendo la superficie del aparato mental, lo que introduce un dualismo entre psique y soma (Moreno, 2018).

El cuerpo freudiano sería a la vez más complejo que un cuerpo empírico y menos rico que un cuerpo dador de sentido: es el ser mismo de la proyección elevado al rango de para sí (Assoun, 1998). El Yo es menos el producto de una experiencia corporal que el acontecimiento de la aparición del cuerpo como propio.

Retórica del órgano: lugar físico del síntoma.

En la relación metafórica de estos dos cuerpos, el cuerpo de la necesidad y el cuerpo erotizado, se puede visibilizar el fenómeno de modificación corporal por la que según Assoun (1998) opera la entrada en la enfermedad, que despierta al cuerpo del síntoma: “es que el síntoma proporcionado por la realidad pasa a ser de inmediato representante de todas las fantasías inconscientes que acechaban la primera ocasión de manifestarse” (p. 36).

Es que un cuerpo puede esconder al otro, pero asimismo uno puede despertarse en el otro, con relativa facilidad. De la lesión orgánica a la “inflamación” del cuerpo deseante, “hay el espacio de un deslizamiento temporal por el cual puede recordarse el lazo, el médico así estará condenado a localizar el cuerpo del síntoma que no está en el orden de la disfunción. La representación de cosa emerge en el discurso, provocando un cortocircuito en la representación de palabra, lo que da la impresión de que la cosa habla, sobre el mismo cuerpo” (Assoun, 1994, p. 246). Esta noción cabe ser mencionada en este contexto, ya que adscribe a las teorizaciones freudianas que se relacionan al cuerpo, y serán contempladas a profundidad en desarrollos posteriores.

En este recorrido vemos, entonces, ciertos hitos del trayecto freudiano en torno a la corporeidad. Encontramos el cuerpo pulsional en una instancia, el lugar en que se enraíza la oposición del Yo y el mundo exterior de ese modo, el cuerpo vendrá a ser, por excelencia, el lugar del pasaje del objeto y del Otro; de donde nace y se constituye el sujeto.

Cuerpo y cultura.

La cultura también tendrá una incidencia relevante en los cuerpos, marcando las pautas de construcciones, imágenes y representaciones en torno a los mismos. De hecho, no habría cultura que en su transición histórica no recaiga sobre representaciones corporales. Parece que el balance es que los seres humanos no han llegado a asir al cuerpo (Orozco, 2012).

En el ensayo *El malestar en la cultura* (1930), Freud denota lo paradójico de la incidencia de la cultura sobre el cuerpo, al recalcar que la vida impone frustraciones y dolores a los sujetos, que únicamente podrían ser soportados a través del recurso al paliativo. Las artes, la misma ciencia (que por su lado permite desarrollar sustancias y fármacos) vendrían a ser

sedativos de la propia angustia y el sufrimiento, los cuales pueden emerger:

Desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y a la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir su furia sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. (Freud, 1930, p.76).

Entendiendo que el cuerpo no puede prescindir del dolor o de la angustia, dado que vendrían a ser señales de advertencia para su preservación, en el Yo se tramitarían estos signos de alerta, que pueden además provenir del entorno o de los vínculos con los otros. “El Yo se puede presumir inmoral en su valoración narcisista, pero también sabe por la angustia-señal que su condición es endeble y desvalida. El cuerpo avisa de la destrucción que merodea sus entrañas y su ser vinculante” (Orozco, 2012, p. 11), pretendiendo así, infructuosamente, dominar su cuerpo y sus relaciones. “Nunca dominaremos completamente la naturaleza, nuestro organismo, él mismo parte de ella, será siempre una forma perecedera, limitada en su adaptación y operación. Pero este conocimiento no tiene un efecto paralizante; al contrario, indica el camino a nuestra actividad” (Freud, 1930, p. 85).

Orozco (2012) añade que la cultura se nutre de la renuncia a la satisfacción pulsional, pero produce estrategias para que los sujetos tengan mejores condiciones de resguardo ante las fuerzas de la naturaleza. La cultura provee de instrumentos que incluso permiten que el ser humano sea capaz de perfeccionar sus órganos con el avance de las ciencias. Esto como un intento de procurar la felicidad, proposición ilusoria y siempre inalcanzable en su totalidad, incluso sus nuevas adquisiciones se volverán una carga en sí mismas: “forzar al cuerpo a una ética de imperativos para resolver el malestar en la cultura, es seguir sosteniendo la línea de la divinización del Yo, en función de mandamientos que empujan a los cuerpos a crisis devastadoras” (p. 14).

1.2 Particularidades conceptuales sobre el cuerpo en Lacan

La cuestión del cuerpo en psicoanálisis, en particular desde la revisión de autores contemporáneos desde una perspectiva lacaniana, invita a considerar nuevas perspectivas en tanto a la escucha y la clínica con pacientes que sufren afecciones corporales. Nasio (1992) propone un extenso recorrido a partir de lecturas lacanianas en torno a la noción de cuerpo, haciendo énfasis en que el valor de la teoría es un valor de verdad, a condición de concebirla como una causa eficiente que determine un movimiento en la cura y genere efectos en el encuentro con un sujeto.

Existen dos parámetros fundamentales que delimitan el campo psicoanalítico, la palabra y el sexo, de los cuales se pueden concebir dos estatutos del cuerpo: el cuerpo hablante y el cuerpo sexual. El cuerpo sexual, para Nasio (1992), se reduce a su parte gozante y, ya que no existe un cuerpo total sino parcial -como en el caso del apuntalamiento de las pulsiones en Freud (1915)- es el goce

acumulado en determinada parte. El autor diría entonces que, como el cuerpo es todo goce y el goce es sexual, el cuerpo es sexual en este sentido.

Cuerpo y goce.

Nasio (1992) explica el goce en referencia al cuerpo sexual, como “el empuje de energía del inconsciente cuando está engendrado por los orificios erógenos del cuerpo; cuando se expresa ya sea directamente a través de la acción, o indirectamente a través de la palabra y del fantasma, impulso guiado por el horizonte inalcanzable de la relación sexual incestuosa, por lo tanto todo lo que arrastra en su flujo, sea una acción, una palabra, un fantasma o un determinado órgano del cuerpo se erogeniza” (p. 23).

En otro registro está el cuerpo hablante, indicio de que el cuerpo que le interesa al psicoanálisis no es un cuerpo de carne y hueso, sino uno conformado por un conjunto de elementos significantes que hablan entre sí, del cual pueden emanar imágenes y otros significantes. Esto invita a considerar un tercer estatuto del cuerpo, que más tarde convergerá con los tres registros de Lacan (1953), lo que es el cuerpo-imagen, siendo este la imagen que devuelve el otro al sujeto, como semejante o todo objeto del mundo en que vive. El estadio del espejo remite a que los sujetos perciben la imagen de su cuerpo como fuera del mismo, es devuelto desde afuera para dar forma y consistencia al cuerpo sexual, el del goce. A su vez, estos objetos son imagen propia cada vez que estén cargados de un valor afectivo.

El cuerpo imaginario propuesto por Nasio (1992) se refiere a toda imagen del cuerpo que reúna dos características: que provengan del exterior, de otro humano o del entorno siempre que sea asible para el sujeto, y también “que sea pregnante y se preste a envolver los focos de su goce. Así, el cuerpo sexual permanece siempre velado bajo los semblantes imaginarios que capta afuera” (p. 37).

Esto puede considerarse incorporando la topología de los nudos, desde la teoría de los registros de Lacan: el cuerpo real sería el cuerpo sinónimo de goce, el cuerpo simbólico sería este cuerpo hablante, significante; y el cuerpo imaginario identificado a una imagen exterior que despierta un sentido en un sujeto.

En 1967, Lacan vuelve al concepto de goce en su relación con el cuerpo, y va a plantear que no hay más goce que del cuerpo, en tanto es condición necesaria y suficiente la existencia de un cuerpo orgánico vivo para que emerja el goce. Pero también hace una referencia que parecería contradictoria, afirmando que existe una disyunción entre cuerpo y goce. Este goce radicalmente disociado del cuerpo tiene lugar a condición de considerar el cuerpo como cuerpo orgánico:

Aquel del que no debe ocuparse el psicoanálisis, cuerpo de carne y hueso, considerado cuerpo de no-goce sobre el cual se recorta el goce parcial condensado en un segmento corporal. Por ende, el goce está disociado del cuerpo en cuanto cuerpo total, cuerpo del Otro, ficticio de donde se habría separado una parte gozante, entendiendo que en la vida del inconsciente además sólo existe lo parcial (Nasio, 1992, p. 24).

La totalidad de donde ha sido extraído el objeto de goce parcial sería una totalidad ficticia, ya que para el psicoanálisis solo hay totalidad en la ficción. Para Lacan (1936), el niño descubre en el espejo la unidad imaginaria de un cuerpo que,

en la realidad, es tan sólo sensaciones múltiples y dispersas. Más aún, las totalidades son necesarias para la constitución de lo imaginario y la eficacia de lo simbólico.

Soler (2010) acentúa la noción de cuerpo como parcializado, en tanto que Lacan formula que el cuerpo nace del “lecho del otro por la operación significativa, entonces, el cuerpo interviene como tercero entre el saber inconsciente y el goce de lo viviente. El efecto de la marca sería de despedazamiento” (p. 4). El despedazamiento no debe ser pensado desde lo tajado o lo sufriente exclusivamente, sino que también implica el lugar del lenguaje de los órganos para los sujetos, quienes asimilarían un cuerpo parcializado, que opera en un organismo global pero aislado en sus partes por el lenguaje, a partir de las funciones que este da a cada órgano.

Para Castellanos (2012), en la enseñanza de Lacan hay un recorrido que puede leerse considerando la relación que se establece entre el lenguaje y el goce, para dar cuenta, al final de su enseñanza, de que el ser hablante no es un cuerpo sino que tiene un cuerpo, habiendo así un agujero entre el ser y el tener un cuerpo: dado que la pérdida de la naturalidad es algo constitutivo del ser humano, su cuerpo sería entonces lo que se goza.

Registros del cuerpo.

Castellanos (2009), en sus investigaciones respecto de la fibromialgia, explica que Lacan termina de resolver la dualidad de mente y cuerpo, proponiendo la topología en los nudos borromeos, que supone una ruptura definitiva con esa dualidad y con el empuje al “unarismo” (aparejamiento entre significativo y goce) que Freud anticipó con el concepto de pulsión. Al mismo tiempo, permite acentuar que el cuerpo funciona como una entidad aislada por cuenta propia, rompiendo la conjunción de cuerpo y ser antes identificados. El sujeto vendría a ser un compuesto, no una sustancia, por lo que más que ser un cuerpo, tiene un cuerpo.

Continúa su revisión señalando que Lacan (1936) precisa que, para hacer un cuerpo, se precisa un organismo vivo más una imagen, atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo. “El infante no habla aunque está sumergido en un baño de lenguaje, aún no dispone de la función de la palabra hay una prematuración del nacimiento, padece de la experiencia de un cuerpo fragmentado, de un cuerpo que no puede gobernar” (Castellanos, 2009, p. 36). El niño puede distinguir fácilmente las imágenes de su entorno, como sucede en la experiencia del espejo, donde se pone en juego el mundo libidinal de los objetos para el niño. Este va a identificarse con una imagen que le es proporcionada desde el otro, una imagen total del cuerpo. En la enseñanza de Lacan, el primer cuerpo es el cuerpo de la imagen, y por ella el infante puede establecer una relación entre su organismo y la realidad.

En un segundo momento, a partir de *Función y campo de la palabra y del lenguaje* (1953) se produce un giro en su descripción, añadiendo que es el significativo el que introduce el discurso en el organismo. El cuerpo humano se convierte en un conjunto de significantes, signos, letras. Este no sería efecto de lo natural, a diferencia del organismo, es un producto transformado por el discurso: “el organismo animal deviene un cuerpo sintomático y pulsional en el ser hablante; el lenguaje afecta al organismo, lo desnaturaliza, lo modifica” (Castellanos, 2009, p.

52). El cuerpo de lo simbólico debe ser incorporado y las identificaciones primordiales del sujeto serán las identificaciones a esos significantes de la alienación forjados por la invocación del otro.

Esta operación perjudica al goce original y real, el ser humano paga este precio por acceder al lenguaje. El hablar es condición no natural del organismo y su resto es la libido, cuyo fin será recuperar en el exterior el goce perdido, eso determinará la disposición pulsional que apunta hacia los objetos libidinales separados del cuerpo, objetos pulsionales conceptualizados como objeto a (Castellanos, 2009).

Si Lacan (1972) supone que hay un estado inicial de goce de la vida, un estatuto primario del goce, este va a ser modificado por el hecho de que la especie humana tiene la particularidad de ser hablante y por este hecho su goce será modificado en el encuentro con el lenguaje, fragmentado, localizado en las zonas erógenas, donde el cuerpo hace borde en sus tipos de objeto.

De aquí surge el *parlêtre*: sujeto más cuerpo, sujeto más la sustancia gozante, que recibe su ser de la palabra, es decir del registro de lo simbólico. Miller (2002) introducirá el concepto de “cuerpo viviente”, que implica la relación entre la noción de *cuerpo* del lado de lo imaginario, y *viviente* del lado del organismo y de lo simbólico; con esto explicará que no hay goce si no es a condición de que la vida se presente bajo la forma de un cuerpo vivo.

1.3 La complejidad del cuerpo como objeto de estudio

El cuerpo ha sido un tema de estudio de las ciencias naturales y sociales, en particular de la antropología, por brindar lo originario a la identidad del hombre. Le Breton (2002) explica que el sujeto no podría existir sin ese cuerpo que le otorga rostro, el cual se presenta ante el entorno y es parte de la cualidad del vivir: “consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que éste encarna. La existencia del hombre es corporal” (p. 16).

El análisis social, cultural y científico del que es objeto, las imágenes que hablan sobre su espesor oculto, los valores que lo distinguen nos hablan también de la persona y de las variaciones que su definición y sus modos de existencia tienen, en diferentes estructuras sociales. Por estar en el centro de la acción individual y colectiva, en el centro del simbolismo social, el cuerpo es un elemento de gran alcance para un análisis que pretenda una mejor aprehensión del presente (Le Breton, 2002, p. 20).

Le Breton (2002), en sus reflexiones respecto del cuerpo en la modernidad, explica que las representaciones sociales le asignarán al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Estas permiten posicionar las diferentes partes que componen al cuerpo y las funciones que cumplen, y a la vez ponen de manifiesto sus relaciones, penetran el interior no visible del cuerpo para depositarle una o varias imágenes que le otorgan un lugar en el mundo.

Es un saber del cuerpo primeramente cultural, “aunque el sujeto tenga sólo una comprensión rudimentaria del mismo, le permite otorgarle sentido al espesor de su carne, saber de qué está hecho, vincular sus enfermedades o sufrimientos

con causas precisas y según la visión del mundo de su sociedad; le permite, finalmente, conocer su posición frente a la naturaleza y al resto de los hombres” (Le Breton, 2002, p. 15). El cuerpo sería una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la búsqueda de representaciones que intentan darle un sentido y una o más funciones desde cualquier ámbito.

En un sentido semántico, por ejemplo, lo corporal ha sido abastecido por el recurso de las palabras griegas que lo construyen: *physis* (naturaleza), *soma* (cuerpo) y *organikos* (órgano o instrumento). Así, y desde Assoun (1998), el cuerpo puede considerarse como principio de generación material (lo físico), como dato principio (somático) y como disposición articulada de órganos (organismo).

En griego, *soma* -en oposición a la *psique* (alma)- es el cuerpo, cuerpo muerto y posteriormente el cuerpo vivo al hablar del hombre, y a continuación la materia como un conjunto en relación con lo inasible. La acción de engendrar, *physis*, es producción, su manera de ser; es por lo tanto la naturaleza del cuerpo, su fisionomía, su disposición o estado natural. A lo físico se le atribuyen las cualidades de crecer y activar (Assoun, 1998). Lo orgánico sería el registro del instrumento en el sentido maquinal, lo que concierne en especial al órgano del cuerpo, lo que es apto a servir y actuar como tal.

Dada esta multiplicidad de aproximaciones a la improbable posibilidad de afianzar un único cuerpo (incluso desde lo semántico), Nasio (2009) adscribirá que el cuerpo real haría referencia a este cuerpo orgánico objeto de estudio de la medicina, derivando lo somático y lo físico a los estudios sociales y psicológicos. Esto genera una confusión que tiende al efecto de la medicalización y biologización de las prácticas y discursos del cuerpo: tomar la organicidad de este como constitutiva de la corporeidad, pretendiendo así a la enfermedad orgánica distinguible como la “verdadera enfermedad”, síntoma del cuerpo.

Sin embargo, este organismo y su instrumentación se tornan abstractos en el ser hablante, se vuelven un montaje de órganos que solo puede imaginar un saber médico consumado. Cada individuo tendrá su teórica psíquica y su imagen del objeto cuerpo, compuestas de otras imágenes de valor afectivo para ese sujeto; por ende, el sufrimiento del cuerpo no puede existir sino a condición de que este cuerpo fuera representado (Nasio, 2009). El discurso médico y científico tomará alta relevancia en esta instancia, como un anclaje de nuevas representaciones para el sujeto.

La institución médica mediará esta construcción en la dialéctica con los sujetos, en sus encuentros y desencuentros: siendo nuevamente negada su historia por los profesionales de salud, o bien con los actos de reconocimiento que permitirían reconocer a la enfermedad o lesión de otra forma (Assoun, 1998). Se entiende que el origen de las dolencias de los sujetos se ubica en un momento previo al encuentro con el médico, no obstante este y los lugares otorgados al Otro en la tramitación del dolor, marcarán las significaciones de la enfermedad en los individuos.

Pero también, Assoun (1998) reconoce que puede suceder que, detrás de este cuerpo real, emerja un dolor intempestivo sin causa aparente, un goce inabordable, una vida que parece desafiar en parte a la vida orgánica, y el médico hará de este resto un factor psicológico. Cuando en realidad se trata del cuerpo, pero no del resultante del juego de los órganos (sospechando del doble juego del

órgano): se despliegan así las oposiciones somático/psíquico, físico/moral, orgánico/funcional.

Se definirán así constantes idas y vueltas entre lo que compete al cuerpo y lo que escapa de él: ya sea que se lo prolongue por lo psicológico, se lo enriquezca por lo moral o se lo emblematice por lo funcional, ese residuo de la explicación orgánica que remite al misterio de una disfunción, sin designación de un órgano afectado. El sujeto sólo creará en su propio organismo porque así lo indica la fe médica, que por otra parte es ilimitada, lo que hace que crea en ella de forma determinante (Nasio, 2009).

2. Distinciones entre los fenómenos corporales

2.1 Síntomas somáticos

Las *Primeras publicaciones psicoanalíticas* (1893-1899) de Freud destacan a los fenómenos somáticos como característicos de las denominadas neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), las cuales etiológicamente tienen su origen en acumulaciones de la excitación sexual que, al no poder ser descargada por vías psíquicas, permanece en el plano somático en distintas dimensiones.

Al referirse a las neurosis actuales, Freud (1893) las distingue de las llamadas psiconeurosis, en el sentido de que en estas últimas actúan determinados mecanismos psíquicos en la determinación de los síntomas. En lo que corresponde a las neurosis actuales, como su nombre lo indica, se establecería como mecanismo lo actual que ocurre en la vida del sujeto, en torno a sus prácticas sexuales comúnmente mal desarrolladas; por lo tanto, no se anclarían en un origen psíquico y se resisten a una interpretación.

Entre los síntomas que puede distinguir en las neurosis actuales se encuentran: irritabilidad, insomnio, parestesias, alteraciones cardíacas, temblores corporales, problemas gástricos, alteraciones respiratorias, mareos, hipersensibilidad auditiva, sudoración e incluso fobias, entre otros. Estas manifestaciones serían consideradas como transformaciones de una excitación endógena en una inervación somática, que son resistentes a la interpretación al ser derivadas de la angustia, debido a un empobrecimiento o a malas prácticas en la vida sexual de los sujetos.

En cuanto a las conversiones en la histeria, se diferencian en el sentido de que en estas “se hace evidente en el análisis la relación entre la formación sintomática y conflictos infantiles reprimidos (...) la excitación psíquica pasa a expresarse físicamente, mientras que en las neurosis actuales es una excitación física, que no puede pasar a la vía psíquica, lo que hace que se mantenga en el plano de lo físico o de lo somático” (Saavedra, 2009, p. 13).

Tomando en cuenta el trabajo freudiano, la primera concepción de la etiología de las neurosis de angustia la relaciona a factores hereditarios y adquiridos, a condiciones y causas específicas, concurrentes y desencadenantes de los efectos de este cuadro neurótico. Estos eventos de carácter estresor harían que la consciencia se desvíe de esta excitación de carácter eminentemente sexual, cuya energía será gastada de forma subcortical, lo que faculta su descarga (Farb, 1998). “El paciente intenta alejar de la conciencia, en forma voluntaria o involuntaria, representaciones ligadas a este ámbito, ya sea por prohibiciones moralistas, abstinencia voluntaria o involuntaria, disminución de la libido o por disfunciones sexuales, tanto del paciente como de su pareja” (Saavedra, 2009, p. 14).

Como eje de la sintomatología que emerge en el cuerpo se ubica a la angustia. Inicialmente, Freud (1905) la consideraba como libido transmutada; posteriormente, luego de su trabajo sobre el narcisismo (1914), indica que podría suscitarse por peligros del exterior o amenazas pulsionales, además le otorgará la cualidad de poder ser relevada mediante una ulterior elaboración psíquica. Sin embargo, para el propósito de identificar los síntomas del cuerpo que no son

conversiones, “la angustia, que es el afecto en torno al cual es posible agrupar el resto de los síntomas presentes, es descrita como vaga, como una sensación de malestar poco específica, de lo que se puede desprender que no se encuentra ligada a ninguna representación consciente” (Saavedra, 2009, p. 16). En estas neurosis, el único afecto que prima es el de la angustia, el cual no proviene de una representación reprimida.

En lo que respecta a su distinción de otras denominaciones sobre los fenómenos corporales, actualmente abordados desde la psicósomática, se entiende que las inervaciones somáticas no necesariamente responden o se adscriben a una interpretación. Sin embargo, es posible que en análisis se den momentos en que estas dolencias somáticas puedan dar cuenta de un desencadenante o de un decir, a partir de ese encuentro con el Otro: “la importancia de las situaciones o factores actuales, que desempeñan un rol fundamental en estos cuadros, ante algunas vicisitudes actuales en el paciente podría ocasionar el surgimiento de neurosis actuales, en combinación con otros cuadros, como otros tipos de neurosis o que pueden surgir durante el análisis, por ejemplo” (Saavedra, 2009, p. 18).

2.2 Conversiones en la histeria

Los *Estudios sobre la histeria* de Freud (1895) marcan su aproximación a concepciones que definirán a la teoría psicoanalítica, en base a la observación y estudio de síntomas de las pacientes denominadas histéricas, los cuales irrumpen en el cuerpo sin aparente causalidad orgánica. Propone “escuchar” al síntoma desde otra perspectiva distinta a la de la medicina biológica, es así como determina que aquellas manifestaciones corporales severas derivan de ciertos sucesos de carácter traumático en la historia del sujeto, que serán reproducidos como símbolos mnémicos en su vida anímica.

Estas manifestaciones corporales se reconocían por su cualidad paroxística e incapacitante para el sujeto en su cotidianeidad, fundamentalmente alteraciones motoras y sensoriales, parálisis y crisis convulsivas, cegueras, trastornos del habla entre otros. Todos ellos acompañados de un desconocimiento médico de su origen.

En la actualidad, estos síntomas llamados conversivos varían y se amplía su identificación. Nasio (2014) los describe como trastornos diversos y a menudo pasajeros, además de las perturbaciones en la motricidad, sensibilidad y trastornos sensoriales, incluye a los trastornos del sueño o alteraciones de la consciencia, memoria o inteligencia, e incluso estados graves de seudocomas. Guardan en común su surgimiento inexplicable por lo biológico y que más tarde hallaría su etiología en lo psíquico, así como también que su irrupción es transitoria y no obedece a las leyes de la anatomía o fisiología del cuerpo.

Esta ampliación que propone el autor nace de un interés por actualizar y reconocer las dolencias contemporáneas en base a los avances de la ciencia, la capacidad de denominar ciertos padecimientos y teorizar respecto de ellos, que a su vez faculta al individuo para generar representaciones caricaturizadas en su interior psíquico. Es así que “las enfermedades del cuerpo se modifican según la teoría con la que se avanza para conocerlo y curarlo, esa teoría modifica la realidad de ese cuerpo” (Nasio, 2017, p. 11).

Por ello es pertinente abordar el origen de los síntomas conversivos, ya que esto los distingue de los diversos padecimientos corporales que aquejan al sujeto. Freud (1895) caracteriza a la etiología de la histeria en un acontecimiento de carácter sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser elaborado por asociación, convirtiéndose así en patógeno y generando un síntoma: “este incidente sexual se convierte en un recuerdo reprimido de una tentativa de seducción (fantasía de seducción) pero solo se vuelve traumático de forma retroactiva, cuando acontece un segundo incidente que convoca al primero. En este momento es cuando el síntoma hace su aparición” (Saldías y Lora, 2006, p. 229).

Para la formación de un síntoma conversivo no basta con un recuerdo o situación traumática en la infancia, pues puede que la represión haya hecho efecto. Para un síntoma conversivo es necesaria la presencia de ciertos acontecimientos notorios en periodos críticos de la vida del sujeto, que resignifiquen los primeros. “El trauma psíquico es determinado por las escenas cuyos restos mnémicos él figura, y ya no son descritos como operaciones arbitrarias o enigmáticas de la neurosis. El histérico padece de reminiscencias, sus síntomas son restos y símbolos mnémicos de ciertas vivencias traumáticas, permaneciendo adherido a doloras vivencias pasadas” (Freud, 1910, p. 13).

Sin embargo, el síntoma histérico guardará relación al trauma en las primeras nociones de lo conversivo, siendo un producto sustitutivo formado a partir de lo reprimido, y que genera inervaciones en el cuerpo por medio de las cuales el deseo puede emerger (aunque disfrazado) en la consciencia, de modo que sea soportable para el sujeto.

Las conversiones pueden entenderse como desplazamientos de una carga excitatoria tramitada de una representación irrepresentable por el yo hacia el cuerpo, formando signos somáticos que se disfrazan a través de nuevas representaciones corporales. Es así como el síntoma se constituye como la expresión simbólica de ese carácter irreductible del deseo, y en particular del deseo histérico. “Opera como causa de la histeria la huella psíquica sobreinvertida de afecto, la representación psíquica sobrecargada de energía sexual fuente de dolor intolerable para el yo. Cuanto más ataca el yo a la representación más la aísla, este sobresalto defensivo del yo es el mecanismo de la represión” (Nasio, 2014, p. 21).

Posteriormente, Freud (1926 [1925]) establecerá la relación entre angustia y síntoma, en la medida en que la angustia crea la represión, y acompaña a los síntomas como acceso o estado más duradero. La represión de los significantes en el inconsciente deja al sujeto librado de esta separación y, dado que el retorno de lo reprimido se da en el síntoma, coincide con el estancamiento de la angustia (Farías, 2018). Esto transformará la noción de Freud respecto del síntoma histérico como una adecuación del deseo inconsciente, que expresa un conflicto reprimido por medio de este cuerpo erotizado.

El cuerpo en la histeria.

Se entiende, desde Freud, a la conversión como palabra atrapada en el cuerpo (símbolos lingüísticos) que, por una imposibilidad de ser asociada, es inervada en el cuerpo (Mazzuca, 2004). La zona donde se aloja el síntoma es la

zona erotizada, lugar donde se desprende la excitación sexual dirigida por la libido fijada allí, manifestándose la carga de afecto correspondiente a la pulsión, donde el síntoma responde al recuerdo patógeno que se descarga sobre el cuerpo.

Nasio (2014) amplía las concepciones ya enunciadas previamente en torno al cuerpo, afirmando que este se constituye como eminentemente sexuado y, particularmente en la histeria, se evidencia una división entre la parte genital, aparentemente anestesiada y aquejada por inhibiciones, y todo el resto no genital del cuerpo, paradójicamente muy erotizado. “El cuerpo del histérico no es su cuerpo real, sino un cuerpo sensación pura, abierto hacia afuera como un animal vivo, como una suerte de ameba extremadamente voraz que se estira hacia el otro, lo toca, despierta en él una sensación intensa y de ella se alimenta” (p. 18).

El síntoma conversivo implica un cuerpo sufriente que hay que descifrar, no se trata de una verdad, solo nos conduce a una verdad. En este síntoma que se expresa en el cuerpo tiene una causa, al hablar de causa hablamos de lo real, algo excluido, que aparece como opacidad, punto de desconocimiento para el sujeto. El síntoma conversivo se encarna en el cuerpo y que el tener una imagen de cuerpo por el lenguaje muestra que este cuerpo no es anatómico, sino imaginario sostenido por lo simbólico (Saldías y Lora, 2006, p. 238).

Desde el punto de vista económico, la conversión responde a la fluctuación de un exceso de energía de un estado psíquico a uno somático, pasando de la representación intolerable a una carga de sufrimiento corporal. A pesar de que ocurre esta transformación, no implica que dicha energía deje de generar efectos nocivos. “La región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma, y que pasó a constituir así una imagen determinada. Caricatura de anatomía infantil, sexualidad infantil en la histeria” (Nasio, 2014, p. 28).

En el caso de la histeria, el goce intolerable permuta en trastornos del cuerpo, convirtiendo este goce inconsciente (lo reprimido) en sufrimiento corporal. En palabras de Nasio (2014), cabría preguntarse hasta qué punto estos sufrimientos somáticos dependen de “otra anatomía eminentemente fantasmática”, que actúa a espaldas del sujeto.

Conversiones en Lacan.

Lacan, en su relectura de Freud, aportará nuevas aproximaciones y nomenclaturas al síntoma conversivo, considerándolo una metáfora donde un significante sustituye a otro. Para ello, plantea la idea de cuerpo fragmentado (1949), haciendo alusión a la anatomía imaginaria que emplea el histérico para la formación de sus síntomas, donde aquella es develada a nivel orgánico. Por eso “a nivel imaginario, el cuerpo puede correr el riesgo de fragmentarse. De ahí las fantasías del cuerpo fragmentado que aparecen en el discurso histérico, donde las palabras pueden fragmentarse, olvidarse, dejando un vacío, cortarse, en los síntomas conversivos y en el delirio que representan una castración imaginaria” (Mazzuca, 2004, p. 87).

Los síntomas histéricos vienen acompañados de una queja, una demanda al Otro, “es un significante que se ofrece para ser revelado por el Otro, su cuerpo se entrega como un conjunto de partes dispersas y carentes de unidad para que sean la palabra y el deseo del Otro las amalgamas que hagan de eso un conjunto” (Saldías y Lora, 2006, p. 239). En ese cuerpo dividido es donde se padece y puede aliviarse con el relato del sufrimiento que, a través de la escucha analítica, podría esclarecer la metáfora de la conversión.

El síntoma conversivo es una metáfora, es mensaje que proviene del Otro y se dirige al Otro, que ofrenda al cuerpo biológico y es vuelto objeto de una incorporación simbólica. Laurent (2013) explica que mediante las palabras se llega a extraer las vías por las cuales adviene el goce, las que mantendrían al cuerpo histérico siempre a punto de desarmarse:

Es a partir de la efectividad de la práctica psicoanalítica, que mediante su manejo de la verdad, algo roza de lo real. Algo resuena en el cuerpo, a partir de lo simbólico, y hace que el síntoma responda (...) La histeria está pues realizada de una forma tal que lo que dominó a los actores no fue el texto sino la pragmática misma del decir. Eso ayuda a desprenderse de la idea de que el significante organiza un texto que organiza a los actores. Allí son más bien los actores quienes realizan el texto (Laurent, 2013, p. 3).

Particularidades del síntoma conversivo.

Farías (2010) hace énfasis en que el cuerpo en la histeria habla desde la singularidad del sujeto, sus jeroglíficos encuentran su lugar en el límite entre lo real y el lenguaje. De cierta forma reinventa un cuerpo en el cuerpo, pretendiendo que la anatomía no existiese, la histeria fomenta síntomas que deconstruyen y a la vez configuran una geografía corporal particular. Es principalmente una alteración de una función corporal, sin alteraciones del órgano al que concierne, a diferencia del llamado fenómeno psicósomático, en el cual tanto disfunción como enfermedad están presentes en el cuerpo, en ese caso: “no hay inscripción del significante en el inconsciente, sino herida de la letra en el cuerpo (...) la dificultad radica que en una lesión psicósomática el deseo del Otro no es de entrada interrogado, aparece como un deseo opaco que tiene carácter de signo más que de significante” (Farías, 2010, p. 2).

Cabe clarificar que, siguiendo a la autora, no toda lesión orgánica es psicósomática, ni que esta debiese constituirse como una especialidad desde el psicoanálisis, dadas también las puntualizaciones teóricas ya abordadas, sumado a las interrogantes de Freud (1901) respecto de si la etiología del síntoma histérico mantiene necesariamente un condicionamiento psíquico, y cuál sería la implicancia de lo somático en su formación:

Todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta sollicitación somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano. Pero no se produce más que una sola vez -y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse- si no posee un significado (valor, intencionalidad)

psíquico, un sentido. El síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse (Freud, 1901, p. 37).

La sollicitación somática vendría a ser lo real del síntoma que queda a la espera de ligarse a una representación reprimida, una predisposición orgánica que terminaría de soldarse al sentido del síntoma y las fantasías derivadas, esto último vendría a ser la intencionalidad psíquica del mismo (Farb, 1998) y tendrá una posibilidad de interpretación en un espacio analítico, dado el lugar que ocupan estos fenómenos como desafío al discurso científico y médico en torno a los avatares del cuerpo.

2.3 El lugar físico del síntoma

En relación a la interrogante de Nasio respecto de una posible anatomía fantasmática a la que es sometida el sujeto, se incorpora el trabajo de Farías (2010), quien considera que efectivamente se trata de una anatomía imaginaria, que responde a las necesidades de su síntoma:

La historia se inscribe en los síntomas corporales. El propósito es hacer del cuerpo real, el que alberga el síntoma, el lugar físico de activación del síntoma (...) este cuerpo como lugar del acontecimiento del síntoma, no sería el mismo que el cuerpo tomado en el discurso (cuerpo hablado), un cuerpo gozado; el cuerpo hablante es al contrario un cuerpo que goza (p. 187).

Por otro lado, Correa (2008) identifica ciertas puntualizaciones en la obra de Freud, que permiten dilucidar un nexo entre el momento en que la inervación corporal y la somatización correspondiente a las neurosis actuales, puede devenir posteriormente en un síntoma de psiconeurosis:

Un notable nexo existente entre los síntomas de las neurosis actuales y de las psiconeurosis nos brinda todavía una importante contribución al conocimiento de la formación de síntoma en estas últimas, a saber: el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico (...) ese caso se presenta con particular frecuencia y que todas las influencias —normales o patológicas— ejercidas sobre el cuerpo por la excitación libidinosa son las predilectas para la formación de síntomas (Freud, 1917, p. 355-356).

La dificultad de ubicar como conversivos o somáticos a los fenómenos corporales hace pertinente entenderlos desde la postura de Assoun (1998), que amplía la cita de Freud, en el sentido de proponer que ciertos síntomas del cuerpo pueden ser entendidos como el *momento físico* del proceso inconsciente que implica la formación del síntoma en las neurosis:

Algunas somatizaciones de nuestros pacientes se nos muestran como carentes de significado, desligadas de la trama conflictiva y simbólica, pero en el trascurso del análisis parece que pueden irse articulando en simbolizaciones y

adquiriendo un nuevo carácter; da la impresión que pueden devenir significadas (Messina, 2016, p. 321).

Assoun (1998) hace un breve recorrido del surgimiento de la psicósomática en la teoría psicoanalítica, y explica que esta surge a modo de esclarecer o tratar de llenar lo que se pensaba eran vacíos teóricos respecto del destino de las somatizaciones que vaya más allá de la conversión histérica. Es por esto que describe ciertas terminologías acuñadas por la teoría psicósomática, que pretendían dar una continuidad a la brecha conceptual y metodológica que Freud dejó con respecto al cuerpo.

Sin embargo, se postula que estas adhesiones conceptuales como lo “visceral” o el efecto “psicológico” de la psique afectada por el síntoma somático, de alguna manera no reconocen o no se orientan a la problemática que el autor considera relevante: el problema del estatus inconsciente del cuerpo. Además de las distinciones semánticas que fueron mencionadas inicialmente con respecto al cuerpo, Assoun (1998) también propone un repensar de la formación fantasmática (y ya no la carencia fantasmática propuesta por los teóricos psicósomáticos) como una puesta en acto del fantasma en y por el cuerpo a través del síntoma somático, desviando así su destino simbolizado.

A diferencia de las concepciones psicósomáticas, no se trata en modo alguno de psicologizar la enfermedad o el dolor físico, la evocación mágica de lo inconsciente sería el peor destino del psicoanálisis en ese ámbito, tampoco se debe partir de la afección somática como síntoma inconsciente. Para Assoun (1998), el efecto de esta transformación *in corpore* no es crear la enfermedad, sino despertar el trabajo de formación del síntoma, pasando a la acción los fantasmas inconscientes.

Green (2010) hará, a su vez, alusión a la psicósomática contemporánea, a partir de observaciones que permiten dar paso a nuevos cuestionamientos de los postulados vigentes. Primeramente, menciona que en las concepciones de Marty y otros autores de la psicósomática se pone en mención la falta de flexibilidad y vitalidad del psiquismo de estos pacientes, aludiendo a que sus discursos son estereotipados y existe una mecanización de su psiquismo, que casi no asocia. Reitera además el problema revisado por Assoun (1998), que cuestiona la idea de una pobreza o ausencia de la vida fantasmática de los pacientes en cuestión. Finalmente, propone un énfasis en la relevancia de la pulsión de muerte en estos casos, y la necesidad de confrontar a la psicosis y sus mecanismos con las somatizaciones.

El trabajo de Freud (1917) en torno al síntoma permite denotar el lugar de instalación de lo somático en el mismo, entendiendo que el material de excitación endógeno será disfrazado psíquicamente y, a su vez, será inseparable del síntoma como tal en su estado original y génesis. Las migrañas, por ejemplo, concentran como formación significativa inconsciente una serie de fantasmas y recuerdos libidinales, pero no por ello dejan de ser, como dolor, menos reales.

Las manifestaciones del cuerpo real, normales o patológicas, son aprovechadas por la excitación libidinal y virtualmente se vuelven rentables para la formación del síntoma propiamente neurótico. “A partir de la expresión sexual somática, y como reacción a ella, recubierta con el paso de los años por una sustancia simbólica, se desarrolla la neurosis. Todo empieza con algo en el cuerpo:

en la analogía que hace Freud respecto del onanismo, el grano de arena somático es propiamente el arranque de la máquina neurótica y ensamblaje de la perla que es su síntoma” (Assoun, 1998, p.45).

El episodio de enfermedad puede ser la realización, directamente sobre el cuerpo, de una formación fantasmática que abre camino a la neurosis. El fantasma así va a satisfacerse contando con el beneficio del síntoma (del que captura al cuerpo a través de la lesión y del goce fantasmático) ya no pudiendo hacerlo a través de imágenes. Hace falta el desgarramiento – captación en el cuerpo de un efecto de castración real- para que se desencadene esa puesta en acto (Assoun, 1998).

El autor continúa explicando que, por un movimiento simétrico, se interroga al momento corporal del síntoma inconsciente. Justamente porque no tiene la consistencia de una formación inconsciente, el síntoma llamado somático señala una figura original de la formación de síntomas. El acontecimiento del fenómeno somático requiere el cuestionamiento de toda manifestación en que algo del orden de la demanda y el deseo del sujeto –hasta en sus callejones sin salida- se deja ver en y por el cuerpo. El síntoma, en cuanto “toca” el cuerpo, es presencia física del conflicto; y una cierta ausencia se ahonda en el mismo tejido corporal.

El fenómeno mórbido somático se instala cuando un fantasma halla complacencia en el cuerpo, cuando encuentra un cuerpo “complaciente”, bastante complaciente como para halagarlo y ofrecerle con que alimentarse. El paciente somático paga con su persona para liberarse de esa deuda que no pudo simbolizarse de otra manera (Assoun, 1998, p.79).

No obstante, y para dar razón a la *fenomenología* de la vivencia de esos pacientes que eligieron el cuerpo, es cierto que el fantasma, al actuarse en cierto modo por los órganos, se vuelve incognoscible. Se disfraza, por así decirlo, con la máscara corporal. El síntoma somático sólo lleva al fantasma a la expresión velándolo, y el velo es aquí la realidad somática. Aquí entraría en juego la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo de dichos sujetos, la cual guarda sus construcciones fantasmáticas y desentrama las obstaculizaciones evidenciables del fenómeno: lo latente del dolor (Matoso, 2017).

Se trataría entonces de captar el momento de surgimiento, epifánico en su género, de ese efecto físico; donde mejor se advierte ese real es en la transformación recíproca de la existencia psíquica y la enfermedad orgánica. El fantasma va a apoderarse de ese medio de expresión, valiéndose de ese representante proporcionado por la realidad que es el síntoma orgánico. Sin el brote de mala salud, los fantasmas habrían permanecido inactivos.

Tomando en cuenta esto, y dada la multiplicidad de fenómenos corporales que aquejan a los sujetos, independientemente de su estructura, dolores que no pueden ser entendidos exclusivamente con los parámetros clásicos que definen a las neurosis, o que de cierta forma desafían un diagnóstico rígido y que presentan una variedad clínica (Velázquez, 2010), nos invitan a repensar las aproximaciones sobre estos padecimientos y los sujetos que los sufren.

2.4 Imagen inconsciente del cuerpo

Los fenómenos corporales de la época pueden alterar las vivencias del sujeto y lo enfrentan a la inherente mortalidad de todo ser vivo, rompiendo así con un esquema de cuerpo sano y vital. Esto, a la vez, se integrará a la imagen psíquica que cada persona construye de su cuerpo, sea negando o incorporando esta disyuntiva. Dependiendo de la significancia que implique cierto padecer en la experiencia subjetiva, este podrá inscribirse en un nuevo registro de lo denominado por Dolto (1986) como imagen inconsciente del cuerpo, de la identidad misma de los sujetos y sus sensaciones propiamente corporales (Fuenmayor, 2005).

Para entender las implicancias de la imagen corporal en el devenir del sujeto, se debe distinguirlo del esquema corporal. Según Dolto (1986), este vendría a constituir una realidad efectiva, es la existencia carnal que nos vincula con el mundo físico, el cual dependerá a su vez de la integridad de las funciones del organismo y sus sistemas: "Si en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima, poco más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia" (p. 27).

Dicho de otra forma, el esquema corporal responde a una realidad inherente del sujeto y su corporeidad tácita, mientras que la imagen del cuerpo, al ser particular para cada individuo y constituida desde los tiempos originarios de la constitución subjetiva, es eminentemente inconsciente mas, cuando es asociada al lenguaje (sus metáforas y metonimias), puede devenir consciente. Para definirlo precisamente:

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante. Es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual (Dolto, 1986, p. 21).

Siguiendo a Dolto (1986), la imagen del cuerpo es estructurada por medio de la comunicación entre sujetos, y al ser huella perenne del gozar frustrado (castración del deseo en la realidad), aludiendo exclusivamente a lo imaginario, que es mediado por la dimensión simbólica en los sujetos: "refiere al sujeto del deseo a su gozar, mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos, puede hacerse independiente del esquema corporal" (p. 31). Esto implica que un cuerpo real (su esquema) al ser orgánicamente sano, puede no compaginarse a la imagen que construye el sujeto del mismo a nivel inconsciente.

Para entender lo antes mencionado, es relevante mencionar que la imagen inconsciente del cuerpo se compone de la organización dinámica de: imagen base (idea de ser cuerpo vivo y sostenido), imagen funcional (cuerpo en movimiento que busca objetos para satisfacer sus necesidades y deseos) e imagen de las zonas

erógenas (cuerpo sentido como entregado al placer, en las cuales se expresarán las tensiones de las pulsiones). Estos fundamentan a la imagen inconsciente del cuerpo y son indisolubles el uno del otro, pero pueden verse afectados indistintamente en momentos del desarrollo, ante lo cual la imagen total se verá perturbada (Dolto, 1986).

Es así como la imagen del cuerpo es susceptible de comunicación en un fantasma, como también es representación inconsciente de donde emerge el deseo del sujeto, atravesada por pulsiones de vida y muerte:

Las pulsiones de vida, siempre ligadas a una representación, puede ser activas o pasivas, mientras que las pulsiones de muerte, reposo del sujeto, carecen siempre de representación, y no son ni activas ni pasivas, se las vive en una falta de ideación. Las pulsiones de muerte predominan durante el sueño profundo, las ausencias, el coma. No se trata de deseo de morir, sino de descansar (Dolto, 1986, p. 31).

Para Solana (2005), este amplio espectro que implica la imagen del cuerpo resultará paradójico en el transcurso de la vida, ya que sus funciones serían a la vez de ser sostén y base, pero también de incorporar la discontinuidad de los estados del sujeto y su deseo, acompañarlo en sus transiciones y ser soporte de los cambios, tarea que no siempre se ve reflejada cuando existe una discordancia entre la imagen y el esquema del cuerpo. Es decir, cuando el organismo presenta alguna disfunción que irrumpe en la imagen, que si no ha sido consolidada adecuadamente en etapas previas, puede provocar una inestabilidad de los procesos del sujeto, al desprenderse de la representación de ser uno mismo. También, esta imagen inconsciente cargará con las distintas apreciaciones de los otros y de su ajeno mundo imaginario sobre el sujeto.

Enfermedades e imagen del cuerpo.

En el caso de las patologías del ser humano, Dolto explica que habría una interferencia entre imagen y esquema corporal. Como el sujeto se conoce a través del intercambio con los otros, en el caso de enfermedad psicosomática, por ejemplo, el problema estaría ligado en ocasiones a la relación de lo simbólico con la realidad, viéndose afectado este espacio que constituye la carne viviente, y mediado por la articulación de la imagen del cuerpo sobre el esquema corporal. El cuerpo mediará instancias traumáticas a través de su imagen, la cual estará estrechamente anexada a la trama del narcisismo del sujeto, que reconduce el contrato del sujeto deseante con su cuerpo constantemente (Dolto, 1986).

La autora expone varios casos de análisis en los que logra identificar que en la imagen del cuerpo podría verse reflejado también lo generacional: “la herencia de una deuda inconsciente que desdinamiza a uno de los descendientes de la segunda o tercera generación” (p. 290). La imagen del cuerpo es resultante de los encuentros con el otro primordial y subsecuentes enlaces, además de denotar la presencia o ausencia de elementos estructurales en la vida inconsciente del sujeto.

Por ello, cuando irrumpe la enfermedad, la misma permitiría evidenciar como el sujeto se adapta a situaciones complejas, ajenas a lo que se esperaría que fuese el funcionamiento óptimo del organismo que genera vida (la imagen de

base). En estos casos: “toda la energía se focaliza entonces para resistir al dolo o para curar el dolo que un agente exterior ha provocado directamente (accidente, herida, enfermedad) o secundariamente por reacción de defensa” (Dolto, 1986, p. 292). La imagen de base es amenazada por el encuentro con lo mortal, esta vuelve a conectar el cuerpo a un lenguaje más vegetativo, cardio-respiratorio-digestivo. Esta integridad orgánica es la que originariamente provee al sujeto de una seguridad, al perderla, puede derivarse en perturbaciones psico-orgánicas, esto tomando en cuenta la complejidad que implica la constitución de una imagen en la historia del sujeto, sus fantasías y afectos, para entender que aquello ocurra en situaciones particulares. En ese sentido, Dolto explica las posibles implicancias de las afectaciones en la imagen y sus componentes:

Si la imagen base se ve afectada, hay desvitalización parcial o total y hasta una reacción lesional. Si la afectada por un suceso traumático que no se habla es la imagen funcional, hay reacción funcional, humoral, neuromuscular. Efectos descompaginadores de la homeostasis y del tono, con punto de partida inconsciente, alteran más o menos el Yo y el orden de las instancias psíquicas, y, a partir de aquí, el comportamiento como expresión global de lenguaje. Si la afectada es la imagen erógena, puede haber anulación o, por el contrario, sobreexcitación del deseo, de una manera que desborda lo que el sujeto es capaz de dominar en cuanto al paso de su expresión al esquema corporal (Dolto, 1986, p. 293).

Para referenciar aquello, la autora ejemplifica los casos de las conversiones histéricas y de las enfermedades psicósomáticas, haciendo hincapié en que la función de la imagen del cuerpo tomará otro sentido al ser puesta en palabras frente a otro, y en la relación transferencial. “La representación, en diálogo con otro destinatario, hace suponer la presencia de otra corporeidad u objeto estructurante, invisible y ausente” (Fuenmayor, 2005, p. 131). Las experiencias relacionales van a influir en el proceso de enfermedad y en la construcción de imagen, y esta a su vez otorgará un sentido valorizante o no de lo que se percibe en el afuera para el propio padecer.

Marco metodológico

3. Metodología

3.1 Entrevistas narrativas con enfoque biográfico

Tomando en cuenta los antecedentes teóricos ya planteados, se propone recurrir a una técnica de recopilación de información que permita dilucidar las significaciones que las participantes han dado a sus dolores corporales a lo largo de su vida. Para ello se consideró el uso de entrevistas narrativas, ya que según Flick (2004) este método permite reconstruir una lógica interna de determinados procesos en cada individuo, al ser utilizado fundamentalmente en un contexto de investigación biográfica.

Las entrevistas narrativas, de acuerdo a autores contemporáneos, (Flick, 2004; Mendizábal, 2006; Mallimaci & Giménez, 2006) permiten acercarse al mundo experiencial del entrevistado de un modo más amplio, el objetivo es poder resumir la situación inicial a investigar, para luego poder seleccionar acontecimientos relevantes que el entrevistado presenta como una progresión coherente de acontecimientos relacionados al tema de estudio, los procesos evolutivos de los mismos y la situación al final del desarrollo de su relato. Estas son mayormente utilizadas en el contexto de la investigación biográfica: “se pide al informante que presente la historia en la que participó, narración improvisada, tarea del entrevistador es hacer que cuenta la historia del área de interés como un relato coherente de todos los acontecimientos relevantes desde su principio hasta su fin” (Flick, 2004, p. 109).

Para la sistematización de la información, es necesario tomar en cuenta que el despliegue del relato no debe estar dirigido hacia lo que el investigador considere relevante en base a los constructos teóricos de su interés, por lo que la técnica se convierte en una producción de contenido amplio y rico de posibles resultados que no podían ser anticipados. Los detalles y la amplitud del relato en la presentación, revelarán los focos de atención y las singularidades de cada caso.

Por ello, se debe mantener una expectativa más allá de lo que sería una entrevista tradicional, que no lleva tantas preguntas y que a la vez permite que el participante se vea inmerso en un espacio donde puede desarrollar vastamente una narración. “Las historias relevantemente temáticas asumen cierta independencia durante el relato, las personas saben y pueden presentar mucho más de su vida de lo que han integrado en sus teorías de sí mismos, y se informa sobre acontecimientos en la manera en que el narrador los experimenta como actor” (Flick, 2004, p. 113). Se señala un interés y una escucha activa, mas sin intervenir en el desarrollo del relato, explicitando los objetivos del estudio a priori. Esto incluiría una profundidad que va más allá de las declaraciones y los hechos comunicados, siendo un modelo para reconstruir la lógica interna de los procesos, suponiendo una libertad para desplegar los puntos subjetivos en base a la temática a investigar.

Permite que el entrevistado exprese libremente su apreciación de los hechos que acompañan a su enfermedad, permitiendo así construir una trayectoria de la misma en base a lo que se propone trabajar. En este caso, más allá de un orden cronológico, se rescatarán los diferentes hitos en la trayectoria de las participantes que han determinado -de un modo u otro- el surgimiento o cese de la enfermedad, así como de sus relaciones con el exterior, encuentros con los otros en su contexto, que contribuyen en la construcción de su trayectoria de enfermedad.

La pregunta inicial generadora de la narración debe ser clara y concreta, y debe también determinarse si esta permite desplegar el curso de una vida o de la enfermedad, que será el aspecto central de la pregunta de investigación, a saber: ¿Cuáles son las significaciones asociadas a los dolores del cuerpo en la trayectoria de enfermedad de mujeres policonsultantes?

Al referirse a la biografía, será entendida desde Arfuch (2002) y Sanz (2005), como la perspectiva del desarrollo vital de un sujeto en su contexto histórico, de las concepciones de sí mismo, es una clasificación propia de quién es dicho sujeto, en un momento particular a lo largo del curso su vida. Esto dependerá de la perspectiva que se tiene del propio pasado, de cómo y qué opera detrás del relato, de la necesidad de organizar las experiencias y darles un sentido en pro de armar una historia (Díaz-Valdés, 2018). Por ende aquel relato guardará componentes ilusorios, en tanto la biografía no es un referente exacto de hechos; al tratarse de subjetividades complejas, es susceptible de ser velada por el pasar del tiempo. “Los cambios en los relatos, el énfasis, los juicios de valor que surgen con la evocación de los recuerdos responden a una lógica retrospectiva que intenta organizar los sucesos y darles un significado” (Sanz, 2005, p. 106).

Para ello Schenquerman (1998, en Díaz-Valdés, 2018) resalta el valor de la atención flotante, para rescatar estos indicios del relato, que de lo contrario llegarían a ser escuchados por el entrevistador como incompletos o poco relevantes, dado que justamente esta investigación busca analizar tramas que ponen en juego lo inconsciente, otras formas de expresión de lo psíquico más allá del discurso.

Además resulta pertinente nutrir esta aproximación metodológica con la propuesta de Buchbinder y Matoso (2017) sobre la técnica del Mapa fantasmático corporal la cual, además de tener un componente narrativo importante producto del acto de proyectar(se) a través del dibujo, direcciona al participante a incorporar nuevos elementos a su relato por medio de plasmar su percepción de su propio cuerpo fuera de sí, siendo otra alternativa de aproximación a lo inconsciente.

3.2 Trayectoria de enfermedad

Para Mallimaci y Giménez (2006), se concibe que el curso natural de una enfermedad puede verse alterado por el encuentro e intercambios con el ámbito médico, social, político y biográfico. Se puede decir que influye la organización total de trabajo individual realizado en el curso de la enfermedad, junto con el impacto

que las consecuencias de la enfermedad y su proceso han ejercido en las vidas de la gente involucrada, a saber, pacientes, familia y profesionales de la salud.

A modo de ejemplo, se ha visto en el desarrollo de trayectorias de enfermedad en investigación social el trabajo de autores como Wiener y Dodd (2001) que, al estudiar enfermedades crónicas, encuentran que los participantes nunca hablan exclusivamente de la enfermedad, sino que esta es expuesta principalmente en un contexto biográfico: lo que ocurría antes del surgimiento de la misma, lo que pudo verse interrumpido, o cómo se ha visto modificada su vida.

Las narraciones biográficas toman en cuenta los distintos procesos del propio sujeto que ocurren a lo largo de su historia y cronología (por ejemplo, convertirse en madre o tener una profesión) y de la dimensión relacional de estos con respecto al entorno. No solamente el sujeto se percibe como integrado si ha logrado coordinar estos aspectos de forma exitosa, pero el continuo desempeño de las tareas relacionadas a sus ámbitos de vida requerirá un funcionamiento apropiado del cuerpo. La enfermedad presenta un quiebre/desequilibrio a estos elementos que trabajan en coordinación (Wiener & Dodd, 2001). Es así como se definirá al a trayectoria de enfermedad, tomando en consideración el contexto biográfico y experiencial de los sujetos:

Es una historia que incluye eventos que anteceden al inicio de la enfermedad, lo que ocurre ahora, y lo que podría o no pasar en el futuro. La trayectoria es esencialmente un reservorio mental de las emociones y experiencias de otras personas involucradas con la enfermedad, y las tareas asociadas a la misma a través del tiempo. En ocasiones, la reflexión lleva a los sujetos a conjugar momentos de su vida con la enfermedad en su trayectoria (Lindgreen, 1992 en Díaz-Valdés, 2018, p. 23).

La enfermedad entonces vendría a constituirse desde múltiples aristas en su dimensión subjetiva y particular, así como también en el encuentro con los otros que se relacionan con el sujeto, desde el ámbito médico hasta familiar y social. Influirán recíprocamente dimensiones internas y externas en la configuración de la enfermedad y su concepción. Es por ello que el amplio espectro de factores que marcarán la historia del sujeto y su padecer, invita a considerar la complejidad que tendría la aproximación en la investigación a cada contexto de la enfermedad y sus implicancias, respetando sus particularidades.

Las trayectorias de enfermedad se verán también influenciadas por los contextos históricos y culturales de la época en que se desarrollen (Mallimaci & Giménez, 2006). Permiten así abordar el aspecto social en los distintos momentos de la enfermedad. Es por eso que las ciencias sociales también buscan, a partir del relato individual, contextualizar determinados fenómenos sociales:

El mundo de nosotros y fuera de nosotros solo existe a través de las significaciones que no dejamos de proyectar sobre él, parte de una ficción personal que los demás deben consolidar permanentemente con más o menos

buena voluntad. No existe un sí mismo sin el otro, discursos virtuales, relatos, que el sujeto es capaz de asumir sobre sí mismo (Le Breton, 2013, en Buchbinder & Matoso, 2013, p. 17).

También se ve que en Uribe (2018 en Díaz-Valdés, 2018) se presenta la idea de Deleuze (1996) respecto de que el dinamismo entre las influencias tanto subjetivas como las de las concepciones de su entorno, podrían entenderse con mayor facilidad si son vistas como un mapa que permitiría identificar las instancias que atraviesan a la enfermedad y en qué momento del relato se conjugarán o no estos registros de lo social y lo individual, “en donde el deseo como el resultado de procesos de agenciamiento complejos, configuraría territorios, articularía trayectorias históricas y mundiales a partir de una subjetividad en devenir que es heterogénea y simultánea, es decir, compuesta por mapas que se superponen unos a otros y donde lo relevante es conocer los desplazamientos de un mapa a otro más que sus orígenes” (Uribe, 2018, en Díaz-Valdés, 2018, p. 28).

3.3 Mapa fantasmático corporal

Tomando en cuenta que la técnica propuesta para esta investigación permite adentrarse en el relato de los sujetos, donde emergerán sus construcciones respecto del tema de estudio en un sentido amplio, se propone incorporar un método complementario que conjuga lo narrativo con una producción arbitraria consciente e inconsciente que, de la misma forma, aludirá al mundo externo e interno del participante: el Mapa Fantasmático Corporal.

Buchbinder y Matoso (2013) definirán al mapa corporal como: “trazado de rutas, aquellos que generan la captura de la apariencia, las sombras evanescentes de imágenes y procuran concretizarlas en la materialidad de una palabra, un dibujo, un color, un sonido o una acción. Imprime la potencialidad de lo inconsciente. Se tiene en cuenta el material sobre el que se realiza, las características de los trazos, sus formas, colores y las dimensiones que lo particularizan” (p. 11).

Estos vendrían a cumplir la función de organizadores del cuerpo, de lo psíquico y de la relación con los otros, evidenciando modalidades de comunicación con los demás. Partiendo de la premisa de que la imagen corporal implica una triplicidad de cuerpo, psique y mundo, el mapa revela sus direccionalidades y conjunciones “ya sea considerada como representación, como percepción, como signo lingüístico, como ficción pincelada” (Buchbinder & Matoso, 2013, p. 21). Por ello, se observa la forma que adquiere la fantasmática en la elaboración de un mapa como una clave del modo en que se constituye la subjetividad del participante.

Como organización simbólica de historias vividas, improntas de cómo se plasman percepciones y los modos de expresión por medio de los cuales se vehiculizan esas imágenes, el mapa da cuenta de lo inasible del Otro. Permite, a la

vez con la proyección en papel y en discurso, revelar aquello que la persona oculta o no conoce a nivel consciente (Matoso, 2017).

A su vez, la representación del trazo en un espacio implica una tridimensionalidad significativa, una genealogía y una temporalidad, se destacan fragmentos a modo de metonimia (la parte por el todo), representando una sucesión histórica de los hechos anclados en el cuerpo, como un modo particular de testimoniar la multiplicidad de aconteceres en tiempo y espacio según la singularidad de cada cartografía y no en la esencia de esta. Es así que el mapa “intenta correr el lugar de equilibrio entre aquello no inscripto, que hace síntoma, que aparece como fallido, como angustia, como alucinación que tiene que ver con energía libre, con la pulsión de muerte, y con la función simbólica, constituyente de una unidad de sentido, de la representación de la palabra” (p. 55).

El Mapa Fantasmático Corporal (2013) resaltaré la relación entre el esquema corporal, y la Imagen Inconsciente del Cuerpo de Dolto (1986). Se entrelaza en la estructura psíquica, con la representación del mundo en el que está incluida la relación con los objetos y con los otros. “Así como la Imagen Inconsciente del cuerpo tiene un estatuto metapsicológico que se hace presente en la relación analista-analizado, así en el MFC también lo tiene y su revelado se da en el correr de la transferencia en la relación con el terapeuta o el investigador” (Buchbinder & Matoso, 2013, p. 37). Se conjuga así con los constructos teóricos revisados para esta investigación, así como con la técnica propuesta de entrevistas narrativas y su funcionalidad.

La imagen del cuerpo se construye a través de las diferentes etapas de la vida, y es marcada por los problemas de salud (...) la posterior experiencia del mundo consolida o invalida esos datos según los acontecimientos personales que sobrevengan, y la totalidad de su relación con el mundo y los otros pasa por el grado de implicación y de significación que le adjudicamos al cuerpo, a modo de representación (Le Breton, 2013 en Buchbinder y Matoso, 2013, p. 15).

Mapas anatómicos.

Los mapas de Buchbinder y Matoso (2013) tienen distintas clasificaciones según las características y rasgos específicos que guarda cada mapa. De acuerdo con la observación de los autores, pueden ser clasificados en diferentes tipos, a partir de aquí pueden darse distintos recorridos u objetivos según la intención con la cual se realizó el mapa. En esta investigación se utilizó el sentido de los mapas anatómicos en un plano bidimensional (uso de silueta base en papel), por la simplicidad de la técnica y por ser el cuerpo y sus dolencias el objeto de estudio.

En el mapa anatómico “se destacan malestares, dolores localizados o difusos, heridas que se especifican en el trazo, el lugar del cuerpo físico donde acontece (...) es un espejo que le devuelve la carnadura al dolor en la marca que el papel captura. Cuando el participante se refiere al mismo y expresa la calidad,

intensidad y dominio que ejerce ese dolor sobre sí, deja ver una hilacha del fantasma que alimenta en su cuerpo ese dolor” (p. 59).

El acto de plasmar un trazo en el afuera, despeja un resguardo propio de la zona dolorida y va orientando el desenmascaramiento de los fantasmas dando espacio a fantasías, miedos, recuerdos fijados en ese lugar o asociaciones con otros malestares vividos (Matoso, 2017), revelando así una “anatomía del dolor” que también constituye un mapa de la actitud de esa persona frente a determinada parte del cuerpo dimensionada en distintos registros, incluso las partes no marcadas o aparentemente ausentes.

Parte fundamental en la ejecución del mapa es la forma en cómo describe la persona, qué observa, qué percibe, y qué siente en ese reflejo. En las descripciones de los trazos se observa la importancia del objeto y el dibujo que se asigna al mapa (a modo de ejemplo, Matoso habla de una paciente con dolores vertebrales que dibuja su espina dorsal como almohadones): “Hacer un mapa implica ese desplazamiento, metonimización para encontrar otro objeto donde poder remozar su significación, elaborar otra metáfora” (Buchbinder & Matoso, 2013, p. 91).

Le Breton (2013, en Buchdinder & Matoso, 2013) explica que la incidencia del mapa corporal permite definir así un recorrido cuyas direccionalidades implican la reapropiación de la imagen corporal o de cómo es posible dar palabras, relato, textualidad y/o figurabilidad a la apreciación que esa persona tiene de su cuerpo y su representación. Plasmar estas imágenes es un modo de contextuarlos, de desenmascarar apenas un borde o una hilacha de la riqueza de lo inconsciente.

3.4 Procedimiento

A través del muestreo por bola de nieve, se convocaron por medio de redes sociales a 5 participantes que desearon participar voluntariamente y que cumplieren con las características de policonsultantes antes mencionados. Los criterios de inclusión de acuerdo lo formulado en esta investigación, y que fueron tomados en cuenta para la selección de los participantes son:

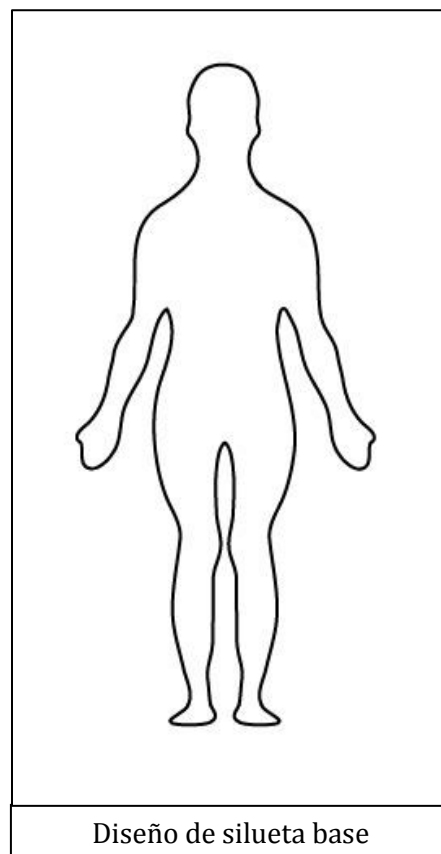
- Que las personas entrevistadas sean mujeres, dada la prevalencia de pacientes policonsultantes mujeres sobre el número de policonsultantes hombres.
- Mayores de 30 años, de acuerdo a los datos que muestran una concentración del fenómeno en este rango etario.
- Haber sido atendida más de 7 veces en el año, de acuerdo a la definición planteada de policonsulta en esta investigación.

Entre los criterios de exclusión de la muestra, se encuentran:

- Pacientes policonsultantes con diagnósticos médicos conocidos, que pudiesen explicar sus dolencias físicas.
- Pacientes que presenten discapacidades físicas diagnosticadas, ya que esto podría abrir otras variables en la investigación.
- Pacientes en condición de migración en Chile, ya que habría una influencia del contexto cultural en la experiencia del dolor y el acceso a servicios de salud.

Para la presente investigación se desarrollaron entrevistas narrativas en dos sesiones, cuyas temáticas giraron en torno al dolor corporal percibido por cinco mujeres participantes a lo largo de su historia de vida. Según Flick (2004), este método permite reconstruir una lógica interna de determinados procesos en cada individuo, ya que se utiliza fundamentalmente en un contexto de investigación biográfica.

En el encuentro final con cada entrevistada se utilizó la técnica del Mapa Fantasmático Corporal desarrollado por Buchbinder y Matoso (2013), la cual consiste en solicitar a cada participante que trace el dolor de su cuerpo a modo de dibujo, utilizando lápices y colores sobre una silueta base, a modo de representar una “anatomía del dolor”. Durante el ejercicio se recabarán sus comentarios, percepciones y sentires respecto del dibujo, se le pedirá que cuente un relato en relación al mismo y se plantearán interrogantes abiertas en base a lo que se observe durante la ejecución del mapa corporal.



Se debe tomar en cuenta que el diseño de imágenes del cuerpo en dibujo despierta al comienzo resistencias, evidenciando mapas poco expresivos o defensivos, por lo que se debe procurar un estado particular, similar al encuadre terapéutico, una preparación previa que permita fundar una relación entre los involucrados (Matoso, 2017).

El Mapa Fantasmático Corporal es una herramienta novedosa y se considera relevante para esta investigación, ya que permite al participante desarrollar un

modo alternativo de explorar el territorio cuerpo (objeto central de esta exploración) y le permite dar formas y sentidos a otras lógicas en la construcción del pensamiento y sus elaboraciones correspondientes.

Es importante resaltar que tanto el modelo de entrevistas narrativas y el mapeo corporal se complementan, en el sentido de que “los mapas abren campos de exploración en los que se entrecruzan el cuerpo, la palabra, lo semiótico, lo preverbal y el mundo; habilitan a universos donde se amplifican posibilidades relacionales que se despliegan a zonas de expresión, dando espacio tangible y desconocido a la unión del pensar y el hacer, a la discursividad y al arte” (Buchbinder & Matoso, 2013, p. 32).

Así como las narraciones revelan datos de la historia del sujeto en relación con el objeto de investigación, el mapa corporal permite delimitar la experiencia del participante en torno a la imagen corporal, que es memoria viva de una historia personal. Siendo que el objeto de estudio es el cuerpo, el dispositivo del mapa corporal enriquece los datos obtenidos en la narración, conjugar este método abre puentes a contenidos fantasmáticos que son impresos en una forma, color, palabra, o gesto (Buchbinder & Matoso, 2013).

Más allá de los trazos y la dimensionalidad del dibujo, el uso del mapa corporal propone un ejercicio que conjuga a las representaciones del cuerpo desde distintas aproximaciones. El momento multidimensional de la ejecución del mapa corporal permite anudar los signos verbales con los elementos plásticos, y se refiere a la mutabilidad de tiempo y espacio que acentúan dimensiones fantasmáticas en el sujeto participante. Este también puede desplegar su imagen corporal en el espacio con materiales diversos, proyectarse fuera de sí para verse mejor con posibilidad de modificar sus personajes en el transcurso de cada encuentro, de mostrar sus heridas o de velarlas.

Así concuerda Le Breton, en el prólogo que desarrolla para la compilación de Buchbinder y Matoso (2013): “Al proyectarse en el espacio el individuo brinda el material para efectuar un trabajo sobre sí. Hacer de su cuerpo un laberinto de objetos lúdicos, a la vez desprendidos del yo y expresiones del mismo, transformarlo en fruto o en constelación de dibujos, constituyen un rodeo para al fin encontrarse” (p. 17).

La imagen del cuerpo y el Mapa Fantasmático Corporal dan la posibilidad de unir aquello que está escindido en el sujeto entre su esquema y su imagen, entre su biología y su psique. En lo que respecta al psicoanálisis, Buchbinder y Matoso (2013) resaltan el siguiente enunciado:

El Mapa en su relación al psicoanálisis interroga al mismo respecto de la dimensión de lo inconsciente y su dramática, de la estructura fantasmática tensada por las pulsiones y deseos, el plano del narcicismo y las relaciones de objeto o la relación entre lo imaginario, simbólico y real entre otros. Esta herramienta permite situar mejor la praxis teórica del psicoanálisis así como evidenciar la dinámica transferencial entre ejecutor y observador (p. 96).

Una de las finalidades de esta investigación fue la de analizar las significaciones del dolor corporal y sus construcciones a partir de los encuentros y desencuentros de las mujeres participantes con las diversas encarnaciones del Otro. Además de puntualizar estas temáticas durante las entrevistas biográficas, el papel que jugó el diseño de Mapa Corporal permitió dar luz sobre los entrecruzamientos del sujeto, su psiquismo y el mundo exterior que, de forma determinante, marcarán las inscripciones de una imagen del cuerpo.

Resultados

4. Presentación de resultados

Los casos a continuación serán expuestos de forma individual, reconstruyendo su trayectoria de enfermedad en base a las estrategias antes expuestas, tomando como referencia los hitos que direccionan su historia. Al final de cada exposición se presentarán los mapas fantasmáticos corporales y su respectivo análisis.

4.1 Katherine (57 años)

Cuando estoy con el problema no siento nada.

Katherine tiene 57 años, es auxiliar de limpieza y vive con su esposo e hijos en un condominio residencial en la zona popular de Las Condes. Inicia su relato enumerando sus afecciones y su imposibilidad de articularlas a una certeza diagnóstica: dolores de colon, parálisis facial, hipertensión, mareos, temblores en el cuerpo; atribuidos por los médicos a un problema del sistema nervioso, ya que en los chequeos no encuentran anomalías físicas.

Explorando este sentir de lo que denomina nervioso, percibe que es una sensación interna que no logra explotar: *“cuando ya pasó el problema y todo, porque cuando estoy con el problema no siento nada, pero cuando ya se me calmó, ya lo arreglé o solucioné y está todo bien, se me hincha el colon o me vienen de repente mareos”*. Se describe como una persona “hiperquinética”, le gusta hacer las cosas al tiro, anda siempre de aquí para allá, “muy rara vez me siento” y en sus rutinas de hogar y trabajo se percibe muy acelerada, situaciones en las que se siente que tiene que responder de dicha manera: haciéndolo todo.

Los dolores musculares los atribuye, más que a sus momentos de actividad, a sus momentos de descanso: *“Porque soy intensa, yo creo que debo dormir muy tensa, así. Con los nervios, pensando en mañana qué voy a hacer, qué va a pasar. Me preocupo antes de tiempo. Entonces, todo el sistema nervioso me ataca en todos lados”*. Dolores repentinos, de distinta intensidad pero que tampoco la incapacitan, o al menos ella no se lo permite: *“de brazos cruzados no me quedo, tengo una familia”*, añadiendo solemnemente cuánto le ha costado la vida.

Katherine percibe que algo en su organismo está fallando, imagina que dentro de su cuerpo se transmiten los dolores por medio de tiritones (corrientes sanguíneas dañadas) que se extienden por sus extremidades, o sensaciones de calor que llegan a sentirse en sus manos como si estuvieran quemándose. Siendo que los dolores más “importantes” se localizan en zonas que le facultan el desenvolverse en sus actividades (piernas y brazos), de modo paradójico la movilizan a permanecer activa para no padecerlos, y a la vez la mantienen en un estado de intranquilidad y angustia frente a aquellas responsabilidades y pendientes de lo cotidiano.

Frente a la ausencia de una respuesta de alivio de parte de los médicos, quienes le reiteran que “está todo bien”, encuentra en una visita al psicólogo una respuesta que le hace sentido, y la refiere en sus palabras: *“tú no te das cuenta la depresión que tú tienes. Porque siempre estás de aquí para allá y de repente, cuando*

estás sin hacer nada, ahí es donde te tienes que dar cuenta de la depresión tuya y todo lo que está pasando. Todo lo que te han hecho. Por eso, has actuado de esa forma. Porque tienes un carácter fuerte'. Pero a veces, soy débil, soy persona, soy ser humano".

Se repite constantemente que necesitaría estar más tranquila, "pero es difícil por la vida que tengo y, todavía, todo lo que tengo que hacer". Su esposo la invita a dejar de preocuparse, siendo que incluso en las noches no logra tener un sueño reparador por la tensión. Su marido la escucha roncar al dormir y ella ríe al imaginarse la escena en que el marido pierde su sueño por ella, mas finalmente retorna a señalar su agotamiento que la hace caer rendida al dormir.

Siempre fueron tres.

Katherine manifiesta que al crecer empezaron algunos de sus problemas, el "hacerse señorita" le traía periodos largos de hemorragias en sus ciclos menstruales, lo que le generaba la incertidumbre de no saber que ocurría dentro de sí. Su madre finalmente la llevó a control médico y esto se supo sobrellevar, según indica.

El punto crucial en su vida y que desata sus desequilibrios de salud viene a ser el nacimiento de sus trillizos, a los 40 años. Katherine tuvo problemas para la concepción y durante sus embarazos, le "costaba tener familia", perdió dos embarazos y tuvo uno de riesgo con su primera hija; ella pensaba en tener más hijos para que su primogénita no estuviera sola. Recuerda una vida tranquila antes del nacimiento de sus tres hijos, noticia que la impactó por el sentido de las responsabilidades que implicaba el hecho de que fuesen tres. Previo a esto, su esposo le dijo que realizara un tratamiento para poder tener hijos, su médico le indicó cómo llevar a cabo este procedimiento debido a que su útero era inmaduro o precoz y no podía "retener a las guaguas" (con su embarazo de trillizos comprobó que no era así).

"De repente", y contrario a la opinión de su médico que le decía que no iba a tener más hijos, comenzó a sentirse físicamente pésimo, imaginó que sería cáncer y muchas otras cosas, ya que su madre tuvo aquel padecimiento en la adultez. Empezó a sentir miedo y con el resultado de su ecografía comprobó que de hecho estaba esperando un hijo, y eran tres. Pensó que "estaría de Dios" que esperara trillizos, acompañado de una aterradora sensación de todo lo que conllevaba que fuesen tres, desde el peligro en el parto, hasta la carga que ello implicaba. Precisa en numerosas ocasiones el miedo que sintió en las etapas de su embarazo y el impacto físico y emocional del parto. "Realmente estaba muy asustada, pero ahí salí adelante, tienen dieciséis años y son sanos".

A los 41 años tuvo gemelos, a las treinta y seis semanas de embarazo, que nacieron y murieron. Tuvo que ir a enterrarlos y ponerles nombre: *"la vida mía no ha sido muy buena. Altos y bajos. Hay momentos que yo digo pucha, ¿hasta cuándo todo esto? ¿Por qué llevo tanto hasta acá? Estoy cansada. Por algo estoy metida en todo esto. Realmente me vienen bajones, de repente".*

Me ha costado la vida... [pero] lo puedo soportar en mi organismo.

Katherine percibe que la enfermedad no puede dissociarse de la vida que uno tiene: “mi vida, todo lo que me ha costado en esto, creo que eso debe haber sido”, son las exigencias que terminan teniendo un costo en su salud.

Siendo la quinta de ocho hermanos, Katherine recuerda una infancia “no mala”, en la que su padre era muy estricto y debía serlo por la cantidad de hijos en el hogar. A la vez recuerda haber pasado miserias, hambre, no haber tenido qué comer y esperar a que la comida llegase de la parroquia, cumpleaños en los que el hijo homenajeadado tenía derecho a comerse un huevo frito por su día: “fue un golpe fuerte, pero aprendimos muchas cosas valiosas que teníamos”. Rescata la figura de su padre (fallecido hace 14 años) como a cargo de juntar y proveer para la familia, así como de unirla.

A pesar de las necesidades económicas que pasaron, recuerda que su madre favorecía a uno de sus hermanos mayores que estudiaba en la armada, pese al costo que esto implicaba “mi mamá nunca dejó de pagarle para que no pasara vergüenza, y nosotros pasábamos miseria”. Es el mismo hermano que años después de la muerte de su padre se apropia de la casa donde aún residía su madre, por lo que debe trasladarse a una casa de reposo. “Nunca vino mi hermano a hablar con mi mamá y nunca habló con nosotros. Yo estaba muy empuetecida, perdona lo que te digo, muy empuetecida”. Manifiesta una evidente irritación al hablar de cómo el hermano se aprovechó de su madre y de forma tramposa le arrebató su propiedad, y conecta este suceso con otro de los padecimientos que atravesaron como familia, al enterarse que otro de los hermanos varones había abusado sexualmente de sus sobrinas.

Lo que mayor impotencia le genera ante estos sucesos (“lo que le hace mal”), es la posición permisiva que tiene la madre con sus hijos mayores, que no reconoce la tragedia detrás y continúa privilegiando y justificando sus acciones: “mi mamá los adora, es un amor enfermizo”. Recientemente decide interceder, se dirigió enrabada al hermano mayor para pedirle que tenga consideración por su madre: *“Yo como hermana te estoy pidiendo algo, como hermana, anda a ver a la mamá, llámala. No lo pienses tanto, antes que sea demasiado tarde. Porque todos somos pecadores”*. Sentía una obstrucción en el pecho que la llevó a hablarle, piensa que lo mínimo que puede hacer un hijo es ayudar a la madre, y el “hijo del año supo hacerla” y la dejó sin hogar.

Refleja un evidente dolor por las injusticias que ha tenido que presenciar y por los privilegios otorgados por la madre a los varones en su casa, “yo creo que todo lo que me está pasando es por todo lo de la familia”. Este lugar desventajoso al crecer la ha llevado a exigirse mucho más, para mostrar que las cosas le salen bien, nuevamente recalcando el costo que esto implica.

“Tú estás pidiendo a gritos, Katherine, a gritos, que te valoricen como persona”.

Katherine reconoce que su salud es importante, en el sentido de poder seguir manteniendo la estabilidad de su hogar: “yo me preocupo por mí, porque soy el pilar de la casa”. Lleva más de 30 años casada con su esposo, y lo percibe en

momentos pasivo frente a todo lo que hay que hacer en casa, lo que la llevó a separarse por un tiempo años atrás, sintiendo que su pareja esperaba que ella se encargara de las tareas del hogar mientras él veía televisión y descansaba. A pesar de que ella siempre se ha hecho cargo de estas tareas, lo que más le reprochaba era que no la valorizó: “Se dio cuenta que estaba perdiendo a una persona como yo, no había comunicación, no compartía mucho porque siempre es así. Si siguiéramos así, la rutina te mata”.

Durante esta época, recuerda haber recibido ayuda de sus padres, porque *“ellos sabían que yo era la que más me costaba en todo sentido”*. De igual manera, ella siente haber retribuido a sus padres en su posición de hija. Cuando su madre fue desalojada por el conflicto con su hermano, Katherine fue la que estuvo acompañando y colaborando con la reubicación de la madre: *“te llevas tus cosas y te vas dignamente (...) yo trabajando, después de trabajar, ayudaba, sino la tendría aquí sea como sea, pero nunca la dejaría sola”*.

Le ha costado afrontar esta situación, ya que era el hermano ejemplar el que perjudicó así a su madre, pero a la vez observaba a su madre siempre apoyándolo y a sus demás hijos varones. Ella siente, después de todo lo que han pasado, *“le diría a mi mamá – perdona- ‘ahí están tus tres hijos imbéciles que tienes que no hacen nada. Los hombres que tanto los quieres”*, notando una ausencia de reconocimiento de su entrega hacia la madre.

Al haber experimentado necesidades económicas al crecer, Katherine reconoce el valor del trabajo y el esfuerzo. Como auxiliar de limpieza ha trabajado en instituciones y domicilios particulares, recuerda haber tenido buenas experiencias con sus empleadores, a excepción de una época particularmente negativa en su trabajo, que desencadenó una crisis de pánico recientemente. Trabajando como empleada doméstica en una casa, refiere nunca haber sido tan humillada y evoca una escena en que su empleadora le indica que se coma las sobras de comida que quedaban en un plato usado, el cual ella se disponía a limpiar en aquel momento. Guardó silencio. En otra ocasión se la interroga por si tenía las manos limpias al momento de preparar un platillo, porque tenía un sabor raro. Ella responde: *“yo nunca hago cosas cochinas y sucias, tampoco soy un perro para comerme las migajas. Para eso, me traigo mi comida”*. Un mes después renunció, sin dar explicaciones a quienes preguntaban por el motivo.

En otro trabajo, ella tuvo la oportunidad de relatar lo ocurrido en esta experiencia, y aún recuerda la respuesta de su nueva empleadora: *“yo no le voy a dar un plato sucio a usted, le voy a dar un plato limpio y bien decente’... Sabe que sentí un alivio, un peso que me saqué de encima”*. Más allá de que existió una reacción por parte de Katherine para denunciar un trato injusto y poder defenderse, lo que la mantenía en este espacio de trabajo que nunca fue del todo grato, fue que sentía la angustia inminente de cumplir con sus obligaciones, pagar el arriendo y resignarse a cumplir con lo que se esperaba de ella: verse enfrentada a este tipo de miserias era algo que no podía tolerar de nuevo en su adultez. Ahora reflexiona sobre su actual trabajo *“Aquí, por lo menos, me cotizan, me apoyan, todo. Soy aprehensiva, ese es mi error. Soy una persona que me tomo todo a pecho y eso me hace mal a mí. Pero soy así”*.

Recuerda otros momentos penosos en su historia, en los que activamente ha podido denunciar un trato injusto. Varios años atrás, cuando supo que su hija

mayor fue vulnerada en la escuela: *“yo exploté, grité, me trajeron un vaso de agua. Estaba histérica en la municipalidad, como poseída “¿Cómo es posible! ¿Hasta cuándo! ¿Aquí no hacen ninguna porquería!” decía yo. Fui la única que dejé la tendalá, por mi hija”*. Estos momentos en que ella ha reaccionado enérgicamente, sorprenden incluso a Katherine, quien afirma que *“soy temerosa, aunque tú no lo creas, sí lo soy. Todo el mundo me dice que soy tranquila”* y termina vinculándolo con sus dolencias.

En un punto se conmueve al pensar que necesita ayuda, que también se cansa, que podría estar haciendo mil cosas pero no las hace: *“porque tengo que esto, que aquí, que allá. ¿Y yo cuándo? ¿Cuándo yo Katherine? ¿Cuándo la paso bien?”*. Siente que no tiene compañía, siente que las fuerzas que ha tenido la han sacado adelante, hace “todas las cuestiones” pero aun así, en todo lo que ha tenido que vivir, ha estado sola.

“Uno necesita escuchar y que la escuchen. Porque todos tenemos problemas. Yo soy una persona que me gusta ayudar, doy mucho a cambio de no recibir nada. Pero de repente, una palabra, un consejo, eso es lo que admiro. Aquí en el trabajo, por lo menos, me cotizan, pero no estoy pidiendo plata, estoy pidiendo que me escuchen”.

No te quitan el dolor, te mantienen.

Incluso en sus visitas frecuentes al médico no recibe esta retribución ni reconocimiento, afirma que ni siquiera le piden exámenes o algún tipo de exploración mayor, que no le dan resultados ni tratamientos, que la siguen enviando a casa sin respuestas.

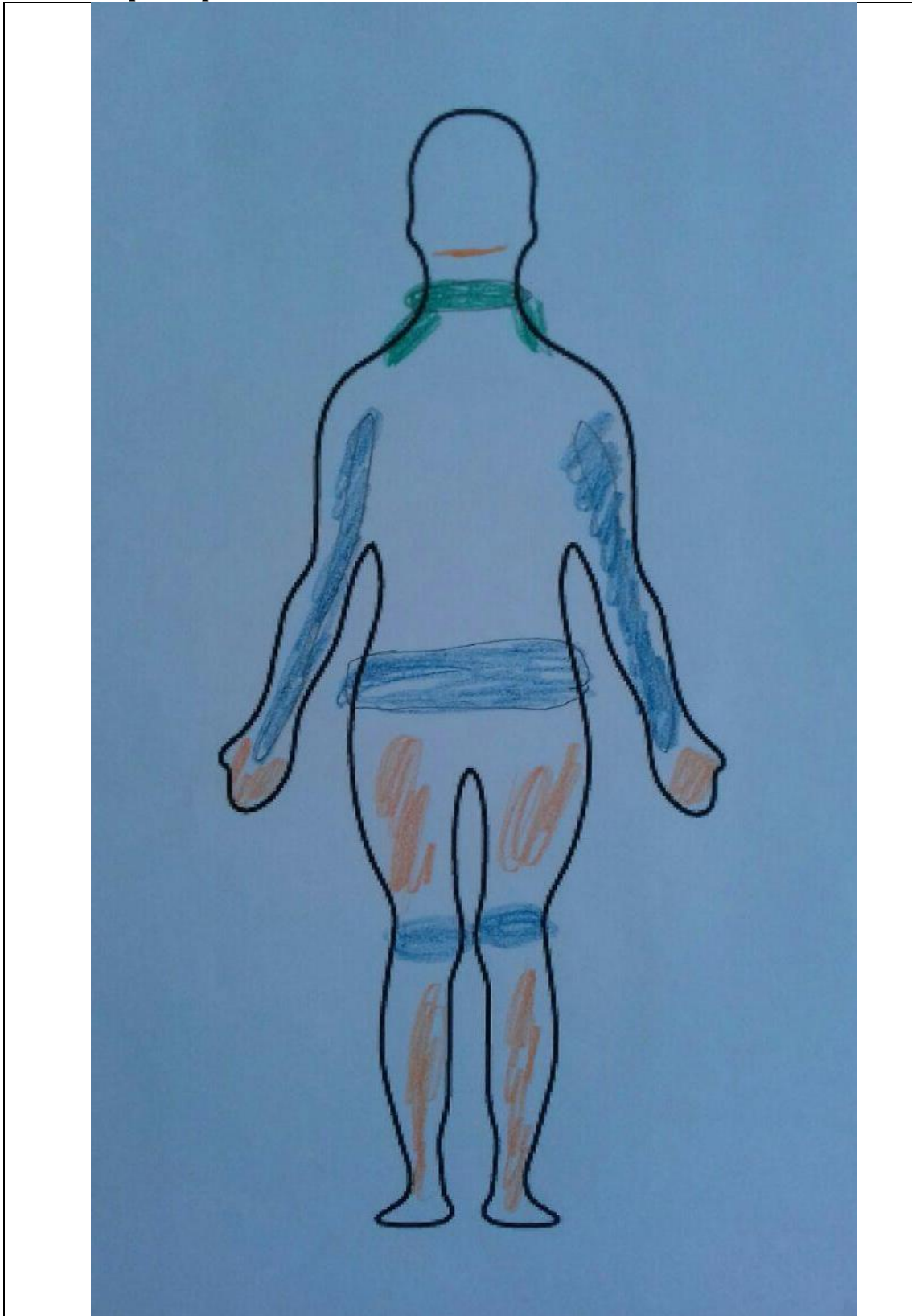
No hay vueltas que darle a sus dolencias, nadie le dice realmente qué son, solo la urgen a estar tranquila. Los médicos no dan remedio, esto la deja sin saber qué hacer, aunque se mantiene la duda y la inquietud en ella de si hay algo más.

En lo que respecta a sus visitas médicas a consultorios públicos, indica que no le dan confianza en el sentido de que todo te lo dan gratis, te mantienen los dolores con medicinas, pero no te lo quitan. Su percepción de los médicos particulares es que, como implica un gasto económico, a ellos les cree y adquiere un valor su decir; como sabe que a ella le cuesta, paga por ver qué le dicen, sobre qué tiene que hacer consigo misma por su salud.

Ante la falta de respuesta a sus inquietudes respecto de su padecimiento, un médico le explica recientemente algo que le hace sentido y que ella puede incorporar en su saber respecto de su cuerpo: *“tú eres muy nerviosa y el sistema nervioso ataca a cualquier organismo de tu cuerpo”. Por el puro sistema nervioso, el sistema nervioso ataca... Es nada más que eso. Yo tengo que controlarme”*.

Dos meses después del encuentro con Katherine para reconstruir su trayectoria, ella es internada de emergencia por presentar una insuficiencia cardíaca, que la lleva a usar un marcapasos por el resto de su vida.

4.1.1 Mapa corporal de Katherine



Mapa corporal Katherine (57)

Es un mapa que, al verlo, se puede notar que existen cortes en distintos sectores del cuerpo (rodillas, abdomen, cuello), lo que indica tanto una

fragmentación de la totalidad del ser en relación a los conflictos, como las zonas que estarían más cargadas de dolor y relevancia en Katherine, especialmente las no marcadas. Se percibe un bloqueo, no circulan sus producciones, es una imagen del cuerpo en tajadas, incluso parece dejar a la cabeza fuera de su tronco. Lo que sí circula aparentemente son los dolores por sus extremidades, como ráfagas de calor y descargas intensas descritas al momento de asociar el uso de colores para respresentarlos. Es una mujer de piernas y brazos, vive y trabaja sin descanso, al punto de que el dolor le ha llegado hasta la punta de los dedos.

Las zonas no marcadas son cabeza y pecho. Lo angustioso se aloja en los vacíos, en lo que no se reconoce: es notorio el agujero en el pecho y la cabeza sin marcar, en un mapa del dolor tan cargado. Parecería que no articula el pensar y las emociones al resto de su experiencia coporal, o está tan expuesta la afectación concreta que no da cabida a una simbolización o resignificación.

Por otro lado, esta mujer realiza trazos y no dibujos (de órganos o figuras encapsuladas) en su mapa, acentuando lo latente y mudable que es su dolor físico. Al ser una mujer dinámica que realiza tareas de mantenimiento, está evidenciando un malestar en sus propios instrumentos de trabajo, un displacer vinculado a su posición perennemente activa y un efectivo agotamiento. El trazar(se) de forma acentuada y fuerte es indicativo de que percibe así mismo su propia vida, con la misma intensidad de aquel movimiento.

En este mapa hay una particularidad que no se evidencia en el resto de las participantes: Katherine no escribe ni usa palabras en su esquema, no emerge la necesidad de hacerlo ya que parece ser puro cuerpo en acción, revestido de angustia, velado en sus vacíos y lo que no muestra.

4.2 Agustina (31 años)

El devenir de la “adolescencia bruta”.

Agustina ha convivido, a lo largo de su vida, con sus padres y hermanos. De pequeña recuerda no haber tenido mayores dolencias corporales, o como ella lo denota, problemas; siendo una niña activa, que salía y hacía deportes como el atletismo. Sin embargo, refiere un punto crucial de su adolescencia en el que “todo se chisporroteó”. Momento en el que surgen los problemas para ella, su cuerpo y sus relaciones.

Ante esta etapa, Agustina reitera lo complejo de la experiencia, retorna a ello en distintos momentos, en especial al ubicar el inicio de sus padecimientos corporales, directamente ligados al tener pololo por primera vez. Describe el surgimiento de malestares estomacales e infecciones urinarias, vinculados a sus relaciones de pareja en el colegio y al inicio de su vida sexual, acompañados de exámenes médicos descritos como: *“invasivos para mi cuerpo para ser chica (...) yo lloré, hice todo el show”*.

Estos momentos están asociados, de igual forma, a sensaciones de tristeza y conductas impulsivas que irrumpen en su adolescencia. En Agustina se dieron episodios que ella denomina como “crisis de pánico”, en las que al estar con su pololo comenzaba a tiritar y esto le generaba vergüenza, a la vez le surgían ideas y temores de poder padecer epilepsia como su padre, aunque después ella misma descarta este pensamiento ya que su padre tiene esta enfermedad por haber sufrido un accidente de tránsito, y por lo tanto no es una condición que se pueda heredar.

En ese momento describe un quiebre de la turbulenta situación denominada como “adolescencia bruta”, en que se puso más escandalosa, “más cuática”. Recuerda que su pololo ya andaba “como chato” ya que ella andaba muy “idiota”, motivo por el cual se “auto deriva” al psicólogo. Así que ubica este momento de caos desde los 15 a los 18 años, y el quiebre al momento de observar su dinámica con su pareja, a los 18 años. El psicólogo en este caso viene a ubicar su padecimiento en un orden familiar, convoca a sus padres y hermana a sesiones, y ella reconoce que le “sirvió para pasar esa etapa”.

Lo que más se rescata de esta adolescencia bruta, en torno a los dolores corporales, es el inicio de la vida sexual de Agustina. Ella afirma que la explicación a sus malestares era que tenía una vida sexual activa y, por lo tanto, había una “necesidad” de que le diera algo así. El involucrarse con pololos “bien rancios” la lleva a experimentar encuentros con médicos, infecciones, reconociendo una toxicidad en las relaciones, en las cuales no prima la confianza.

Al salir del colegio empieza *“a respirar bastante”* y es cuando empiezan las afecciones de orden respiratorio. Los inhaladores que le ofrecían en los consultorios para aplacar dicho malestar *“te ayudaban a sacar como lo de adentro que uno tenía (toses)”*. Lo relaciona también al “tema de su vida”, a problemas de amistades, de pareja y de adaptarse a su situación familiar; en torno al manejo de las discusiones que se suscitaban como parte de las vivencias en bruto de la adolescencia, desconociendo cómo manejar sus emociones, su nerviosismo, lo cual vendría a acompañarla en otros momentos de su historia.

Perder la confianza (el otro que falla).

Junto con el paso de ser niña a adolescente, viene acompañándola una sensación de soledad, de ausencia de apoyo y guía de sus padres. Agustina reitera que esto ocurrió así no por falta de afecto hacia ella, sino porque sus padres estaban enfocados en los problemas de consumo de drogas de su hermano mayor. A raíz de eso, considera que no tuvo supervisión parental en su adolescencia, sintiendo una ausencia en la relación con su madre, que dificultaba más aún el poder hablar de temas en ese momento vitales para ella y que le generaban conflicto. A medida que Agustina crece, piensa que puede entender más a sus padres, pero no sin una afectación y un costo.

A esto se suman los problemas cotidianos e inminentes con sus padres y hermanos, que de cierta forma cimientan una dinámica en la que ella prefiere aislarse, se anticipa a las discusiones y se tensiona. A la vez, esto entra en discrepancia en su discurso, porque se reconoce además como una persona explosiva, *“si me dicen alguna weá que me molesta yo tiro no más”*. Agustina reconoce que les ha costado sobrellevar los conflictos familiares, esto la afecta por medio del agravamiento de enfermedades comunes, cuando *“ha subido el tono de la obstrucción”* refiriéndose a los resfríos y, quizás, a la dificultad para comunicarse con el otro.

Parte fundamental de los *ahogos* en su adolescencia y adultez han sido las relaciones de pareja y la vida sexual, centrando como eje a la importancia de la confianza y del poder hablar de lo que uno tiene dentro y que puede transmitir a los demás: *“Cuando uno tiene una relación sexual con alguien, obviamente, se tiene que basar como en la confianza, la energía que se da uno al otro. Entonces, cuando de repente la relación no es muy buena y no hay mucha confianza y todo eso, uno no tiene la confianza de decirle al otro ‘oye, hagámonos un examen que quizás tú tienes bichos y yo tengo otros’. Hay cosas que en la intimidad que uno puede hacer que puede provocar alguna enfermedad de la mujer. Entonces, si uno no tiene confianza con el otro no lo puede... no lo habla”*

Reconoce que en su primera relación sexual quedó *“medio resentida”*, sus primeras experiencias con parejas fueron malas, en ese sentido también indica que *“tenían que existir”* en su vida, a modo de aprendizaje. Trata de generalizar aquellos conflictos al decir que son *“cosas de adolescentes, que una se enamora y se vuelve loca”*, pero se centra en el impacto que le generó el entregar su intimidad a una pareja que la engañó y traicionó su confianza: *“nunca me habían cagado así como tan literalmente”*, esto mató su confianza, despertó inseguridades en ella e incluso la lleva a alterar su cuerpo al subir de peso y desarrollar dolencias, como un modo de *“autodestruirse”* ante la pérdida de aquella idea de valimiento y lazo.

Al hablar de sus parejas, reflexiona sobre su concepto del amor, piensa que no ha sido el mejor a lo largo de su vida, y esto tiene que ver con las decisiones que toma; por ello, estos intercambios con otros no llegan porque sí. Se pregunta sobre qué esperar de una relación, y lo conecta con un momento que de igual manera marcó su vida: la relación con el padre de su hijo. A pesar de que no era su pareja, se conocían un tiempo y ella gustaba de él. Hace casi 5 años *“pasó algo”* y quedó embarazada, *“yo pensé que igual iba a aperrar y todo, pero como quedé solita ahí”*

también (...) yo lo vi como la opción de mi vida de tener una familia y, después, me di cuenta que no porque era súper rancio”.

Esto finalmente la lleva a no involucrarse en relaciones hasta la actualidad: “Me han dicho si, como que soy súper aggressor (risas). Pero ya no confío mucho en las personas. Y como que también espero que tengan casi la vida armada, completa, porque me topé mucho con esperar que los otros hicieran cosas en el camino y no las hacían y ahí quedaba con las expectativas”. Despertando “cien mil antenitas” de desconfianza y alerta.

Además de las brechas que ha descrito, en lo que respecta a los encuentros con el otro sexo, añade que *“después de ser madre cuesta porque el cuerpo también queda súper desastrado (risas). También hasta mirarse al espejo cuesta un poco más. O encontrarse... Yo nunca he tenido problemas con el cuerpo pero sí, como que todo cae. Entonces, después como mostrarte a alguien en pelotas igual cuesta”*. Se cuida mucho de recibir y dar algo al otro, esperando que sea valorada su entrega, o que por último “trate bien”.

A raíz de estos desencuentros y decepciones, ingresa un nuevo agente a su vida: el médico. Otra dinámica que le resulta decepcionante desde su adolescencia, en el sentido de que siente que nunca se le ha dado la preponderancia a su momento vital particular: “iba para tener algo más claro (...) quizás yo era adolescente y estaba pasando por otras cosas”. Nunca el médico consideró lo anímico al acercarse a Agustina. Al someterse al escrutinio del profesional a cargo de su salud, le daban diagnósticos genéricos (como el colon irritable) que no la reconocían en su individualidad, tan necesaria para el adolescente. Esto se hace presente a la actualidad, ya que en el consultorio privado ella aún espera que le den el tiempo que corresponde, y en los consultorios públicos siente que disminuyen la atención según la relevancia del padecer y ni preguntan por el mismo, siente que no hay un cuidado fundamental. Para Agustina, puedes llegar ahogándote en crisis y sin embargo no serás prioridad en las atenciones, algo que ella consideraría muy grave es recibido con un paracetamol en vez de con un diálogo. *“no hay un lugar al que yo pueda acudir cuando de verdad tengo un problema, ¿cachai? Cuando de verdad quiero hablar con alguien. Eso. Yo creo que tiene que haber como una atención a lo emocional más que a lo biológico, al remedio y todas esas cosas”*.

A pesar de la desconfianza que le genera el médico, se resigna a hacerle caso, ya que “podría estar mucho peor” si no lo hiciese. A pesar del lugar que les da, considera que otros aspectos son más importantes para ser manejados en su vida.

Yo sé por qué me pasan las cosas.

Los dolores corporales que aquejan a Agustina son principalmente estomacales, problemas respiratorios, dolores de cabeza e infecciones recurrentes en las vías urinarias y la zona genital. Esto lo especifica en el sentido de que atribuye a cada dolencia una explicación emocional o circunstancial: *“ahora estoy cesante y estoy crítica de plata, y me estreso porque tengo un hijo chico, también no tengo el apoyo del papá. Entonces, realmente me estreso. Y lo que fue un virus que ya hace dos semanas me dolía la garganta mínimo, ahora es algo que me ahogo toda la*

noche, por decir brígido". Refleja en su postura una certeza inamovible del por qué le ocurren las cosas, respecto de sus dolores corporales y conflictos en general.

Siente que no puede decirle al mundo lo terrible que es su vida, que al guardarse las emociones esto la termina afectando, cualquier inestabilidad de igual manera. Como cree en las energías, piensa también que el hecho de no siempre poder limpiar los ambientes con velas tampoco le permite armonizar su situación.

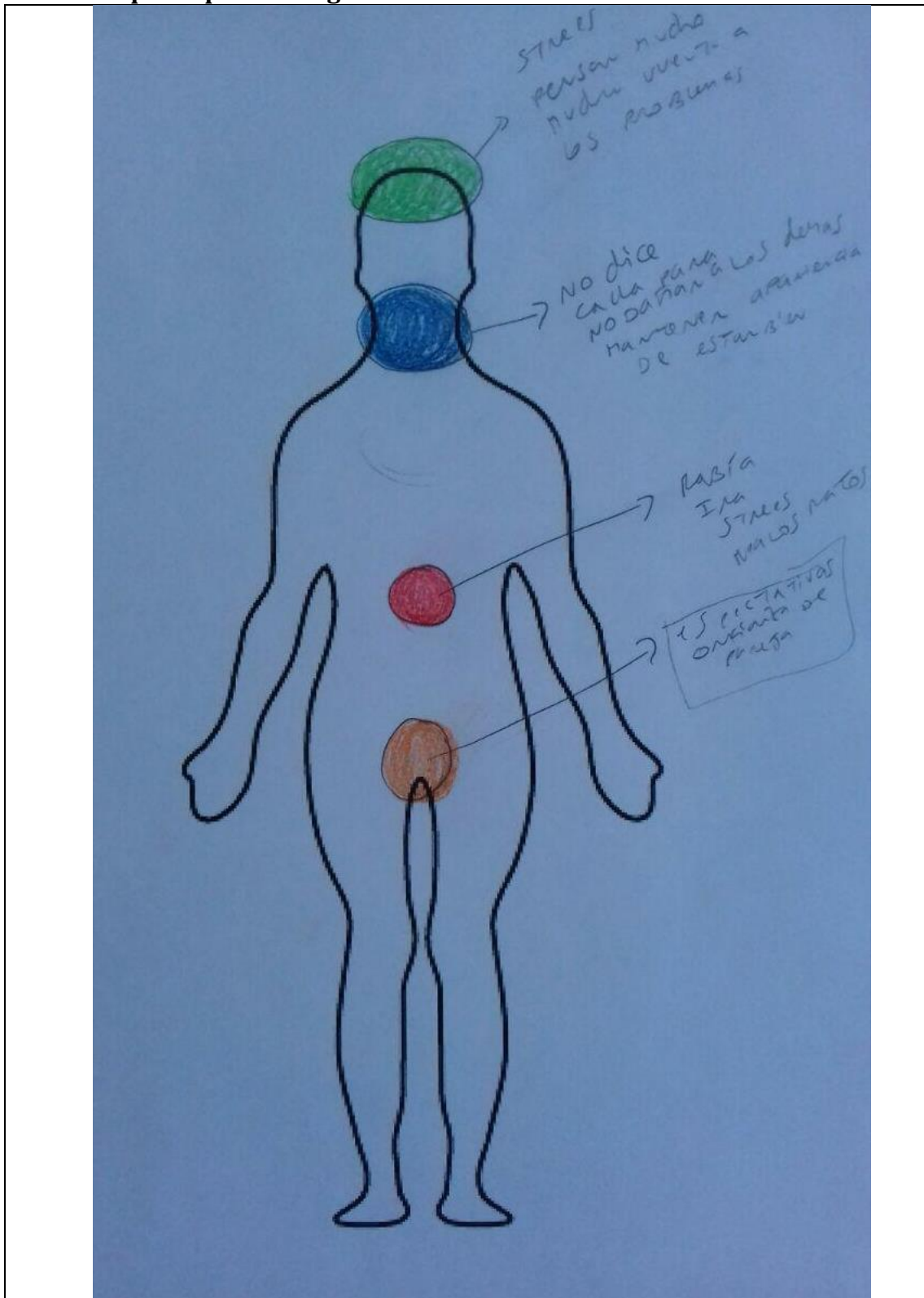
Al hablar de los conflictos que se manifiestan en su ambiente, comenta que con el nacimiento de su hijo ella ha tenido que aprender a controlar su carácter. Al contrario de lo que manifiesta inicialmente, de guardarse las emociones, parece ser que ella tiende a manifestar los problemas abiertamente, se altera y puede llegar a alzar la voz en casa y otros espacios: *"no, no tengo que gritar porque está mi hijo, para que vea que por muy enojada que esté igual puedo sentarme a la mesa a comer, no generar conflicto"*. Otra persona que es partícipe de su regulación emocional en la adultez es la madre, que al verla "idiota" la hace tomar consciencia de ello y le ofrece un espacio para conversar: *"ella misma me autorregula a mí y yo la regulo a ella"*, las dos se controlan, al ser ambas "nerviosas".

En la adultez, reconoce su situación de madre soltera que vive aún con sus padres a los 31 años, cualidades que le atribuyen una cuota de estrés que se puede manifestar más de la cuenta, a pesar de sus intentos por parecer tranquila. Por ello, va al psicólogo con la idea de hallar *"esas cosas que a mí me están causando algún conflicto o algo que no puedo yo hablar"*. Retomando la idea de las afecciones a la garganta por el acto de tragarse las cosas que no ha dicho. De igual forma, considera que son lo que uno no dice o calla para no dañar a los demás. En especial, el hecho de que alguna enfermedad pequeña se convierte en algo más grande.

Se mueve dentro de explicaciones ya conocidas y familiares para ella, incluso estereotipadas. *"Creo que hasta cada parte del cuerpo tiene la explicación de por qué se echa a perder"*. Ante el reconocimiento de sus dolores corporales, Agustina considera que los malestares estomacales responden a alertas y avisos para tratar de estar más tranquila, de hacer un cambio, de observarse en su momento vital, para mantener una apariencia de estar bien. También ubica a la rabia y a los malos ratos allí. Situación que nuevamente entra en conflicto con su proceder más basal, viéndose enfrentada a *cómo cree que se debería responder* ante los conflictos.

Dolores de cabeza que responden en su discurso a pensar mucho, a darle vuelta a los problemas, a auto analizarse. Piensa que sus procesos internos han respondido a eso: *"cuando no puede como sacar las emociones para afuera, obviamente, el cuerpo te tiene que avisar"*. Sus aseveraciones son rígidas y contradictorias con su realidad y proceder, no dan cabida a algo que no responda al orden que ya se ha planteado *"como que cierro, no dejo entrar"*. Por ello es que muchas de las complicaciones de salud que se han agravado parecen ser, como ella indica, *"de la nada"*. Finalmente emerge una reflexión en cuanto a sus propias exigencias en el campo laboral, que se pueden traducir a su posición en torno al dolor: *"no supe darme cuenta que tenía que hacer, no sé... algo más tranquilo"*.

4.2.1 Mapa corporal de Agustina



Mapa corporal Agustina (31)

En el mapa se evidencia un nivel de abstracción, como un intento de simbolización de los fenómenos corporales desde una apropiación teórica ajena (teoría de los chakras).

Trabaja con cuatro circunferencias cerradas con colores que representan la magnitud de sus dolores y zonas, lo que deja en su gráfico grandes zonas de vacío, en particular la ausencia de rostro o de rasgos de una corporeidad menos atravesada por el dolor. Las formas que utiliza dan la apariencia de que fuesen los botones de una vestimenta que, al igual que sus dolores, la acompañan, se los pone, se los saca, o le quedan todo el día.

En la zona superior hay un leve esbozo de trazo que no fue concluido, que por su ubicación en lo que sería el pecho de la silueta, puede ser un intento reconstitutivo o fantasía de cura, que a la vez marca un conflicto con la imagen de sí misma y parte de su identidad.

La ausencia de rostro y de marcas particulares de una imagen propia indican cierta disociación entre la vida del sujeto, su cuerpo y sus dolores. En el mapa se refleja un discurso impuesto o simulado, que no implica que no sea necesario o significativo para Agustina, pero no se representa en sus trazos al no haber una continuidad o secuencia en los mismos. Se encierra en sus cuatro elementos, lo enuncia como ideología, como si no se pudiera relacionar con los otros, así como con estos puntos ella no se permitiera relacionarlos con otra cosa más que lo expuesto.

El momento en que ella opta por escribir (junto a la silueta) su interpretación de las zonas (algo poco común en la elaboración de mapas corporales), se está relacionando con sus conflictos y los transforma desde un lugar de saber, como un modo de desconocer ese lugar del no saber, de lo inconsciente, limitando el territorio y no dando cabida a otras asociaciones.

Ausencia de afectos al no trazar(se) un rostro, dificultad para llegar a acercarse a esta persona, envuelto en corazas que lo protegen. Mapa sin rasgos que denoten si se trata de un hombre o una mujer. El trazar por fuera de la silueta implica que hay una relación a sus dolores que se ven afectados por lo exterior.

4.3 Esmeralda (36 años)

Le tengo tanto miedo al dolor físico que lo evitaba como fuera.

Esmeralda inicia su amplio relato ligando cada una de sus dolencias a múltiples factores. A sus 13 años, evoca un suceso que la marcó intensamente, conecta el fallecimiento de un ser querido y las emociones vinculadas con lo que sería su irregularidad menstrual. Su nana fue la mujer que la cuidaba y acompañaba al crecer: “ahí se murió mi infancia”. La consideraba como su madre, pasaban el tiempo juntas, se ayudaban mutuamente, sentía que conocía todo de ella y recuerda sus enseñanzas. De hecho, su nana fue la que la acompañó cuando tuvo su primera menstruación, recuerda cómo lloraba emocionada y, en especial, la complicidad que tenían, lo que con su madre no podía compartir. Al hablar de ella aún se conmueve “Yo ya sé que ella se murió y no está, pero con la única que sigo conversando es con ella”. Después de su muerte, ella no menstruó por un año, y así ocurre hasta la actualidad cuando alguna situación la altera.

Ella llega a conectar, desde aquel entonces, lo afectivo a su ciclo menstrual “de la emoción con el útero”, siempre que anda mal “se corta”, es el indicador de su sufrimiento. Así es como se traslada a un episodio en que fue vulnerada por un ex novio a sus 18 años, momentos que marcan su historia: “todo fue en la adolescencia, al comienzo y al final”. Las etapas en su vida se han visto continuamente atravesadas por alteraciones en lo corporal. Desde sus 8 años, Esmeralda empieza a aumentar de peso significativamente, situación que le generó dolor y rechazo de sí misma. Simultáneamente experimentó un episodio de cleptomanía, “les robaba los juguetes a mis amigos, le robaba plata a mi mamá para comprar chocolates y comía como condenada”. Fue descubierta por una vecina muy querida, a quien le admite sus acciones abiertamente, por lo cual ella le regala una biblia para niños como premio a su franqueza: “como que ahí se me acabó el problema”. Recuerda con claridad la estrategia que tenía para esconder su arsenal de chocolates y el ritual que hacía de encerrarse en el baño para comerlos, “como que se podía acabar el mundo, los comía como Garfield, una cosa de super angustia, era como estar en la pasta”.

En el hogar donde creció “no tenía un lugar” para sí misma, llevaba sus pertenencias al baño más pequeño y pasaba sus horas ahí, donde no la podían ver: “súper cuidadosa de la privacidad que no tenía”. Se deshacía de los envoltorios de dulces estratégicamente y era la hija que pedía tener muebles con llave, entre otras cosas, para resguardarse de los conflictos que tenía con la hermana del medio: “*me hizo un bullying terrorífico cuando chicas, me culpaba de todo, gozaba haciéndome llorar, era como el juego de la casa (risas)*” nuevamente sin la tutela de algún adulto.

El tema de la alimentación y obesidad se intercala en distintas etapas de su relato y de su historia. Ahora lo reconoce como “temas de angustia y de autoestima”, admite que no podría ser anoréxica porque “no quiero castigarme tanto (...) me castigo pero con cosas ricas, no soy sádica conmigo, soy masoquista”. Esto lo conecta a su infancia, en el sentido de evitar sensaciones displacenteras: “le tengo tanto miedo al dolor físico que lo evitaba como fuera, no me subía a un árbol, ese tipo de cosas no”. Se percata de lo irónico de aquella declaración, al reconocer que en el tiempo presente “colecciona dolores”.

Otra dolencia física que aparece desde su adolescencia es la de su espalda “hecha pebre”. Cuando chica, Esmeralda llevaba a diario todos sus libros al colegio, incluso los que no correspondían a su horario de clases: “andaba con los libros por si los profesores los necesitaban, mira que estúpida (risas). Así me dañé la espalda por darles el gusto a los profesores”. En vez de obtener la gratitud y reconocimiento de los profesores, la experiencia le deja “lordosis, cifosis y escoliosis y conocimientos pésimos”. Esto ocurre incluso antes de su primera menstruación, que para ella ha representado el “dolor más fuerte” en su adolescencia, incrementado por el frío de su ciudad natal, Concepción.

Esa transferencia genética.

“Recuerdo una vez que me llegó tan mal la regla, que tenía toda la guata hasta aquí parada y no me podía erguir. No me podía parar y me la tomaba como si se me estuviera cayendo. Sentía como si se me estuviera desprendiendo el estómago”. Ante los gritos de dolor de Esmeralda, la mayor de las tres hijas, “su mamá chica”, aparece a auxiliarla junto con su nana en aquel momento; compartiéndole su experiencia ante dolencias similares, “hizo casi de partera”: la acoge y le ofrece masajes en una cálida escena que transforma un padecer inmovilizador en un reconfortante descanso. Es así como recuerda a la mayor de sus hermanas como una figura protectora, “estaba obsesionada con cuidarme de esas cosas”, al punto de llevarla a su primera visita ginecológica. El especialista (que atendía a toda la familia) insiste en que su madre esté al tanto de su situación para poder iniciar un tratamiento con píldoras anticonceptivas, las cuales lleva utilizando por más de 20 años, ya que le permiten regular su dolor menstrual así como prevenir un embarazo no deseado: “no las suelto, no confío en ninguna otra cosa”.

En su historia familiar se conjugan enfermedades de carácter genético que ella cree haber heredado (a pesar de no tener corroboración de los médicos). La diabetes ha sido una condición que ha aquejado a su madre y abuelo. Esmeralda, por lo pronto, tiene una resistencia a la insulina que con dieta y hábitos de vida saludables podría mantener para no desarrollar una enfermedad mayor, aun así ella varias veces repite que es diabética, como resignada frente a una realidad que ha tenido que combatir y más de las veces acoger a lo largo de su vida: su sobrepeso.

Esmeralda reconoce que ha tratado de suplir todas sus desgracias con comida, “el único placer garantizado en mi vida”. Sumado a los malestares estomacales en su adultez, la obesidad ha marcado determinados momentos en su vida y su relación con el exterior. Desde niña recuerda percibirse obesa, situación que la afectaba en aquel entonces: “me moría de la pena, me daba ataque y no era gorda pero en mi mente sí”. Sus padres señalaban esto constantemente, hasta que en un punto de su adultez ella decide terminar con los comentarios sobre su imagen: “mi papá no tiene ningún filtro, no tiene para qué opinar, ‘mira, me vuelves a hablar de mi peso y nunca más te hablo’”, evidenciando la manera en que marca límites en la dinámica con sus padres.

La gordura le ha “servido” para reconocer un malestar frente al entorno: “es como un disfraz, como un escudo para esconderte de la gente, de los problemas, al miedo que te da la sociedad (...) a mí me da hambre cuando no quiero estar en un

lugar”. Compara los problemas familiares en su infancia y la ansiedad que esto le provocaba, con su modo de responder en el presente a su inestabilidad laboral y de pareja, engorda y engorda como denunciando una problemática que no se visibiliza si no es a través de sus cambios corporales drásticos. Puede perder o ganar con relativa facilidad 30 kilos, pero cuando en un lugar se encuentra satisfecha, su peso disminuye sin ella proponérselo: *“en esa pega mi equipo eran puros hombres y yo. Entonces, yo era la reina madre. Todos me hacían caso, nos reíamos, la gente era muy agradable y era súper feliz porque no tenía drama con nadie”*.

A pesar de que reconoce que el ser obesa no le genera un dolor físico *per se*, le encuentra un sentido personal cargado de emotividad: *“para que no te miren los hombres, soy gorda. Es como uno engorda por miedo a las cosas. Te recubres de grasa como una forma de protección. Los indios lo hacían de otra forma, agarraban grasa animal y algunos se recubren de su propia grasa (risas)”*. Ubica a un “trauma con los hombres” como una respuesta lógica al por qué algunas mujeres son tan gordas, aparte de otras formas de obesidad que pueden darse por alguna disfunción orgánica o por una ansiedad por la vida: *“la vida no es una mierda pero nos han hecho de la vida una mierda”*.

Para ella, su obesidad es una combinación de estas formas: *“no puedo controlarme de comer estupideces. Para todo lo demás, te tienes que arriesgar y puedes pasarlo muy mal. La comida no, nunca”*. Cuando intenta cambiar su régimen de forma consciente no consigue bajar de peso, *“cuando me quiero cuidar tampoco me sirve”*. Espera de alguna forma estar en la curva de bajar de peso porque, a pesar de afirmar que tiene diabetes, tampoco quiere llegar a sufrir sus consecuencias. Recuerda haber escuchado que la gente diabética tenía esta enfermedad porque *“le falta dulzura en la vida”*, y lo conecta con la forma de ser de su madre, *“débil y amargada (...) como ‘nadie me quiso y nadie me va a querer’”*. Reconoce que no es la mejor herencia que le han podido dejar.

Ve a su diabetes (todavía no adquirida) como una carga familiar, algo de *“transferencia genética”* que siempre va a estar: *“cargar el muerto ajeno”*. Recuerda a su madre como *“la más achacosa, a la que le duele todo”*, que puede llegar también a hallarse enfermedades que no han sido diagnosticadas más allá de alguna manifestación sintomática. Por el contrario, su padre es *“insensible total, no le duele nada”*. Se separaron cuando Esmeralda tenía 3 años, a partir de lo cual su madre acarreó una fuerte depresión tras perder a su esposo, por dificultades que su madre *“no soportó y no lo quiso tratar y tampoco podía”*. Considera que tiene un *“padre maravilloso”* que *“como esposo fue una mierda”*, aún persisten los conflictos entre sus padres ya que continúan viviendo juntos a pesar de estar separados.

“Las fiestas familiares eran y son un caos. Son la peor experiencia de mi vida. Yo no paso fiestas con mi familia, con nadie de mi familia, nadie. A lo más mi papá”. Su madre siempre *“hizo show y nos hizo caos”*, generando tensiones desde que puede recordar, lo que perdura en ella, en el sentido de que siente que su madre *“le dejó todo ese tema”* por su constante depresión y actitud neurótica. Al igual que su madre, ella tampoco disfruta las festividades y las fechas importantes la hacen sentir muy mal, ligadas a recuerdos de peleas constantes que despiertan jaquecas o dolores estomacales y de espalda. No puede convivir con su madre por largos

periodos de tiempo, desde que salió de casa hace 7 años no ha podido liberarse de sus quejas, asumiendo un rol de mediar los conflictos familiares: “yo que soy la menor de ese núcleo de mi mamá y mi papá, no sé por qué heredé la responsabilidad de la familia (...) yo era la guagüita”. Constantemente se ve ubicando a su madre para que asuma el rol de adulta, lo que antes le costaba cuando vivían juntas, ya que la madre trataba de imponerse y restringir sus actividades; momento en el cual Esmeralda tuvo que nuevamente marcar sus límites en la relación: “No podía asumir, no podía controlarse. No podía soportar que no me pudiera controlar”. Tras recordar varias anécdotas familiares, en particular con su madre, culmina su relato ratificando: *“nos amamos, y todo lo que quieras pero (risas) cuando hablo con mi familia no siempre es grato. Generalmente, siempre es pelea”*.

Sin embargo, hay un particular miembro de su familia que así como le trajo “un montón de temas emocionales”, le permitió forjarse un lugar de reconocimiento y aliviar sus dolores corporales sin darse cuenta. Su sobrina vivió en Concepción sus primeros años de vida, por temas de salud. Durante ese tiempo, Esmeralda fue la encargada de cuidar de ella: “la madre sustituta”, lo que generó que se desarrolle un fuerte vínculo entre ambas, al punto en que le costaba asumir que no era su hija biológica (“asume que no la pariste”). Recuerda que sus padres le decían que desearían que ella fuese la madre de la niña (“la chica me hacía caso así, ciega”), eventualmente tuvo que mudarse para que su hermana del medio se hiciera cargo de su hija, pero no sin percibir una pérdida para Esmeralda: “también se me disiparon dolencias (...) no tenía jaquecas ni nada, y si las tenía no me daba cuenta por preocuparme de la chiquilla”.

Todo funciona bien, pero cuando quiere.

Entre los múltiples dolores que la aquejan, ella destaca como el más común las jaquecas, y las relaciona a destellos eléctricos que hierven y que surgen por “no hacerle caso a alguna de sus necesidades básicas”. Cuando “no se hace caso” si tiene hambre o sueño, de seguro terminará con una jaqueca que la invalida, que incluso la ha llevado a urgencias. Los medicamentos que recibe normalmente bajan la sensación de presión que experimenta, pero no le quitan el dolor; después de múltiples exámenes médicos, no le hallan nada. La jaqueca vendría a representar un “hazte caso”, incluso ante situaciones que le resultan conflictivas y que no ha resuelto: *“si no tenía nada en la cabeza, no tenía nada en el cuerpo, no tenía ni un motivo, ¿qué más? El único problema que tenía, tenía nombre y apellido”*, apelando a que la jaqueca cedía cuando se hacía cargo de lo circunstancial que la estaba afectando, o de la rabia, siendo aquel malestar *“el que más me ha acompañado en la vida. Entonces, también es el que menos me gusta”*.

El dolor menstrual “no importa con que lo trate de apalea” de igual forma la invalida. Por eso, ahora se anticipa a la fecha de inicio de su periodo cada mes para “empastillarse” pero, como el malestar es incierto, tiene que ir probando y mezclando tratamientos para aplacar el malestar “me hincho, me duele la espalda, me duele todo y me pongo a llorar”. Además, reflexiona en torno a sí misma: *“El sistema reproductivo mío está ligado a mis emociones y me duele. ¿Qué me quiere*

decir eso? No sé, pero me duele (risas). Puse que duele ser mujer, porque esto no lo tienen los hombres (risas). Puede ser una metáfora, puede ser real, no sé”.

Los dolores de pies, rodillas y espalda, además de entenderlos desde la causa del sobrepeso, los relaciona con momentos de su historia y sabe que son dolores que eventualmente ceden o resurgen; es más, en la primera entrevista ella omitió mencionar su dolor de rodillas y este le llega repentinamente aquella noche, después de varios años de no padecerlo, a modo de que se lo tenga presente. Sus pies, por otro lado, afirma que por un tiempo “los tuve malos, pero ya no llegaré a eso otra vez (risas)”, mostrando una cierta complicidad con sus dolores y su cuerpo, y también una enigmática autonomía del mismo.

Su “querido amigo” colon, o sus malestares estomacales, los relaciona directamente “a la plata”. Cuando tiene deudas, cuando no se siente cómoda con su trabajo o con el mundo exterior, su guata denuncia una falla en la estabilidad, al igual que sus atracones de comida. Esmeralda reconoce que se ha “cagado la guata sola”, lo tiene asumido. Traduce su experiencia a partir de los dolores; deja de tener jaquecas, se le trasladan al estómago, recuerda sus visitas a la Vega en tiempos de universidad y las empanadas de queso y la leche con plátano que forman parte de su historia, y también de su futuro padecer: *“con el tiempo una va yéndose al carajo, el cuerpo se va venciendo”.*

Otra interesante operación que realiza su estómago es que se visibiliza como una notoria hinchazón de abdomen, comparándolo con los sapos o peces que se inflan para defenderse, *“a mí me pasa eso, me hincho así como que solté un paracaídas y se me infló la guata (...) aunque no se me note con la gente, se me nota con la guata, como que me estuviera avisando que algo no me gusta”.* Nuevamente evoca sus atracones en la infancia, como el de chocolates y de alimentos en polvo como el Cerelac, que le provocaban vómitos y un viaje a urgencias si es que su madre la descubría.

Las taquicardias las atribuye a la pena y al colapso emocional, como al desbordarse, los restos o sedimentos de lo que no fue expulsado por lo anímico: *“en el pecho vive la pena y con la taquicardia que es como que lo ilumina, trata de sacarlo por la garganta”.* Son dolores cíclicos que no termina de entender por qué le dan, desde un punto de vista médico. Son también la antesala a una crisis, al “reventar”: *“Me estoy quedando dormida de repente y siento que se me va a salir el corazón por la boca, como que me tomo el cuello y me está latiendo”.* Acompañan a estos malestares esporádicos los mareos: *“no sé si serán un anuncio de algo, no sé de qué estaré tan presionada”* similares al vértigo, ocurren también cuando se asusta, o cuando ve a la gente pasar de cerca en el metro, sintiendo la necesidad de afirmarse de algo.

Menciona en último lugar a sus alergias, mas no por darles menor relevancia, son dolores recurrentes que no tienen mayor explicación, pero que la llevan a tomar medicamentos todos los días de su vida para evitar que se “enronche entera”. En sí nunca tuvo problemas de alergia, “pero mi mamá tiene una alergia y yo tengo algo parecido”. A su madre le descubrieron que tenía una alergia al níquel, que provocaba que su cuerpo entero se llenara de ronchas que la quemaban; al mudarse a Santiago, Esmeralda empieza con brotes similares, que no respondían a sus alergias “típicas” a los ácaros, al plátano oriental y a las joyas de fantasía “esas alergias venían conmigo y han estado siempre”; es así como le

descubren un dermatografismo (aparición de urticaria en reacción a los roces en la piel) “eso es un chiste, el problema es cuando te viene solo”, cuando se somete a un tipo de estrés que no está acostumbrada a tolerar, por más irreconocible que pudiese sonar aquello.

Esta enfermedad era muy demandante, al llegar a casa normalmente a relajarse se *“enronchaba completa hasta el cráneo, una cosa que me rascaba y quedaba deforme de tanto hacerlo, si lo hacía quedaba una roncha encima de la otra y de la nada”*. Es así como una dermatóloga le ofrece una explicación que aún recuerda: “se te va a quitar cuando tengas una vida plena y feliz o en el campo”, pero esto no responde a lo que ha podido reconocer de sus episodios de brotes: “me enroncho porque se me va el estrés, se me baja el estrés y me empiezo a relajar y el cuerpo como que tira”. La picazón sube por su cuerpo, dejando un camino de ronchas, se rasca desesperada sin control y siente como si estuviera friéndose. Es por eso que toma antialérgicos todos los días y si se olvida un día, al caer en cuenta de su olvido le comienza a picar y recurre al medicamento, *“tal vez podría vivir sin eso, y tal vez un día se me pase y quede inmune”*.

Al ser un padecimiento que no tiene una causalidad orgánica aún determinada, Esmeralda se percibe como “alérgica a la vida (risas), tengo alergia al mundo, soy delicadita de piel”. Tal vez si cambiase su actitud respecto al entorno su alergia remita, *“no sé qué tan biológico, o que tan emocional sea el tema de la alergia, porque como vienen, se van. Tiene que ver algo interno, pero es como una reacción a lo externo”*. No le gusta la gente que vive en el entorno “la vida, la gente me repele (...) hay mucho aweonado que me hace muy mal”. Esto es algo que ella ha podido analizar con los años, respecto de la gente en la capital: *“Se lavan la boca todos los días de nada y a mí eso me genera la misma alergia que me genera el ácaro en la piel (...) vas por la calle, drama, toda la gente va enojada, histérica, te retan, te webean y yo no quiero eso”*. Considera que la alergia es más circunstancial y ambiental y ella reconoce un malestar personal frente a su entorno en Santiago: *“No quiero lidiar con nadie. Entonces, a mí como que la gente me da alergia. No tengo ganas de vida social, no tengo ganas de salir a la calle a hablar con alguien, no tengo ganas de hablar”*. Es un malestar que la envuelve como el smog ciudadano y que su cuerpo busca expulsar.

Otra de las cosas que reconoce que le resultan amenazantes en un ambiente son los insectos (a pesar de graduarse como ingeniera en turismo), lo cual se ha vuelto problemático ya que además tiene una afinidad por tener plantas en casa, que casualmente atraen a más insectos: “no sé que estoy haciendo, pero yo sin Raid no vivo, tengo insecticidas por toda la casa” para poder vivir tranquila. De igual manera tiene afinidad por el tejido, pero al exigirse a sí misma cumplir una meta de producción convierte a la actividad de placentera en estresante: “debo ir bajando las revoluciones para calmarme un poco”. Al convivir con sus malestares ella encuentra necesario un momento de reestablecerse y evitar una saturación: *“como que me reinicio y empiezo de nuevo. Ahí es como que se me pasan todos los males”*.

Me da una lógica al dolor.

En todo su relato se despliega un afán de Esmeralda por asimilar e incorporar sus padecimientos a lo cotidiano, admite tener un gusto por analizar las

cosas, buscar estudios, saber cómo llegan a resolver los crímenes que aparecen en los noticieros, tanto como encontrar una lógica a sus dolores. Para ello cuenta con el saber y las apreciaciones de los médicos especialistas.

Tiene doctores de cabecera a los que va fijo y de quienes percibe que conocen su historia y la derivan de forma pertinente al ver alguna anomalía. De igual forma, ella intuye y “no les cree” cuando alguno de ellos busca timarla y hacer negocio de su padecer, mandándole exámenes innecesarios para “sacarle plata que no tiene”. Es así como forma una complicidad con sus médicos y recuerda momentos particulares en que uno u otro marcó su saber en torno a su cuerpo. Por ejemplo, tiene a su ginecólogo de confianza, quien aparte de enfocarse en lo que corresponde a su especialidad, le envía y revisa sus exámenes generales y la sabe derivar si descubre alguna cuestión. Es así como conoce a su gastroenterólogo de confianza, quien le recomienda que deje los lácteos: “le hice caso y me ha ido mejor”, aunque también le dice que no podrá comer como habitualmente lo hace por el tema de la insulina, pero eso prefiere obviarlo.

Esmeralda visita con mucha frecuencia a médicos, ya que además cuenta con un seguro complementario de salud, muy bueno a su criterio. Entonces visita a todos los especialistas que puede y recibe buenas devoluciones de sus médicos: *“me saqué un siete con el ginecólogo, me hice todo lo que me pidieron. Me hicieron curaciones, yo iba religiosamente. Me porté súper bien, yo soy súper obediente con los médicos”*.

Siempre acude a medicina general con el mismo médico, ya que éste cuenta con su historial completo, cuando se le bajan las defensas y se va “al carajo” puede agarrar fácilmente enfermedades respiratorias. En su última visita el médico se sorprende al no haberla visto desde hace algún tiempo y le pregunta qué ha hecho, ella piensa que con vitamina C se ha estado afirmando últimamente. Pero en ciertos momentos “andaba de casera con el doctor”, rellenando su arsenal de recetas y sacando citas mensualmente: “¿ahora qué tomo?”.

Considera que en sus encuentros con los médicos estos han sido siempre “un amor”, “porque como no se explica, no tengo algo específico, voy por cosas esporádicas”. Recuerda una escena en que visita a un kinesiólogo joven, que le hace un masaje descontracturante: *“me relajé tanto que me dolió hasta el alma, y cuando termina me dice ‘ya puede pararse’ y no me podía parar”*. Él era chico y recién egresado, ella gorda y cubierta únicamente con una toalla. Al comenzar a caer, el especialista no sabía cómo sostenerla o calmar su llanto. “Me importa un bledo que me viera los pechos, ayúdame por favor” le dijo; él la tomó en brazos y la sentó, tratando de reacomodar sus músculos le recomienda visitar a un traumatólogo. Obedientemente, ella acude a realizarse una resonancia (examen que le encantó y se lo haría todos los días) pero no le hallan nada, lo que le recomiendan es que “entonces, no te relajes tanto” para “amortiguar” el desgaste de su columna, y hacer ciertos ejercicios. Ante esta enigmática revelación ella resalta: *“la moraleja es: no te relajes (risas). Pero para la alergia tengo que relajarme, entonces no sé a quién hacerle caso”*, denotando la imposibilidad de encontrar una lógica que organice todo, aunque su afán de obedecer a los especialistas la invite a ejecutar dos indicaciones opuestas.

En varios momentos de su vida ella ha asistido a sesiones de psicología, a pesar de que percibe que no atienden por Fonasa y los que atienden “por buena

voluntad a los pobres, o no te creen, o no sé, no te ayudan mucho”. La visita más reciente a una psicóloga: *“era un amor, pero hablaba más que yo. Como que me daba opciones de soluciones y yo no quería que ella me diera las soluciones, quería encontrarlas yo, pero no las que me daba ella porque esas ya las había pasado y esas no eran”*. Encuentra entonces que no funciona mucho para ella, más que para reforzar sus ideas de que ella es “la que se tira para abajo siempre” o sus problemas de autoestima, que le resultan evidentes.

Por el contrario, aprecia que en sus encuentros con médicos “se me quita el dolor, porque me dan la razón de por qué tengo ese dolor. Entonces, intento seguir la lógica del médico para que no tenga más el dolor”. Tomando como ejemplo la indicación del traumatólogo de que realice ejercicios para fortalecer la espalda: “No lo hice porque me duele, eso está mal, pero por lo menos sé lo que tengo que hacer. Y se me quitó el dolor igual”.

Cuando conjuntamente con el médico encuentran la razón o el porqué de una dolencia, reconoce que la experiencia es muy positiva para ella. Para las jaquecas, por ejemplo, ha aprendido a controlarlas con medicina o reconociendo su origen y dejaron de darle, luego apareció el malestar de estómago *“porque mi cuerpo quiere hablar por alguna parte, me quiere decir ‘esto no, no me gusta’ Y mi cuerpo sabe mejor que yo, creo, lo que quiero y no sé escucharlo, y no sé cómo escucharlo”*.

Los médicos la ayudan a entenderse, más que la psicología o la psiquiatría, reconociendo el valor de esa ayuda efectiva: *“Porque es como que hay una dolencia mental que quiere salir por alguna parte y quiere explicarme algo y yo no sé cómo llegar ahí. Me falta una conexión, me falta una neurona, no sé. Entonces, se expresa, se expresa mucho (risas)”*. Con el doctor, encuentra un espacio de observación y diálogo, *“ahí es donde yo tengo que parar, voy al doctor ‘me duele acá’. ‘Acá te duele cuando pasa esto y esto, ¿hay alguna de esas?’, ‘sí, esta’, ‘bueno, no haga más esto, listo’. Se me han acabado un montón de cosas así”*. Ella es capaz de otorgarle al otro un reconocimiento y un lugar cuando este le devuelve un saber: “soy súper obediente cuando me dice alguien que sabe más que yo”.

Cuando recibe estas interpretaciones respecto de sus dolencias, Esmeralda también las adapta a su realidad y viabilidad de incorporarlas: *“Cuando la dermatóloga me dijo que el día que viva relajada se me iba a quitar la alergia, es como que nunca me voy a quitar a la alergia, porque nunca voy a poder vivir relajada mientras no sepa qué quiero hacer. Porque la raíz de todos los problemas para mí está ahí”*. Algo de su voluntad también entra en juego al momento de asumir su condición.

Mi cuerpo sabe mejor que yo lo que me pasa (es como un instrumento musical).

Esmeralda se percibe como llena de contradicciones, *“esa cuestión como que me juega en contra, como que estoy bipolar de cuerpo y de mente”*. Siente que ha tenido un “problema mayor” que como todavía no puede solucionar, la sigue atacando a través del cuerpo y es que para su edad “no sé qué mierda quiero hacer de mi vida”, lo encuentra horrible y le genera presión porque “al final yo he vivido como al día”.

El tema de lo emocional se hace presente en sus dolencias y acentúa su malestar, acentúa las crisis, los conflictos, le duele todo por todos los flancos, en su mente se prepara un “caldo de cabeza. Como que con el cucharón te vas pegando en la cabeza”. Busca estratégicamente evadir estos pensamientos con alguna actividad, pero ya suele ser tarde; hay aceites que le permiten “refrescar la cabeza” y hallar alivio, pero si no surten efecto debe tratarse de un dolor “por otro tema”.

Los conflictos con su pareja la llevan a reclamarle en momentos: “y yo ¿cuándo?”, demanda un lugar ante él, a pesar de que luego se arrepienta. Siente que su pareja no quiere hacer nada con ella, no se comunican *“mi pololo no habla nada, tampoco escucha. Ya ni le ofrezco, ya ni le cuento nada, ¿para qué? Si no le interesa”*, mantienen una rutina que la agobia. Aunque reconoce que él “para las emergencias es bueno, pero la vida no es una emergencia”; en los momentos de crisis de su relación, imagina que él no la deja porque le da pena “dejarla tan endeudada o sola con la casa y no se la pueda (...) me da la impresión que es lo único por lo que está ahí”.

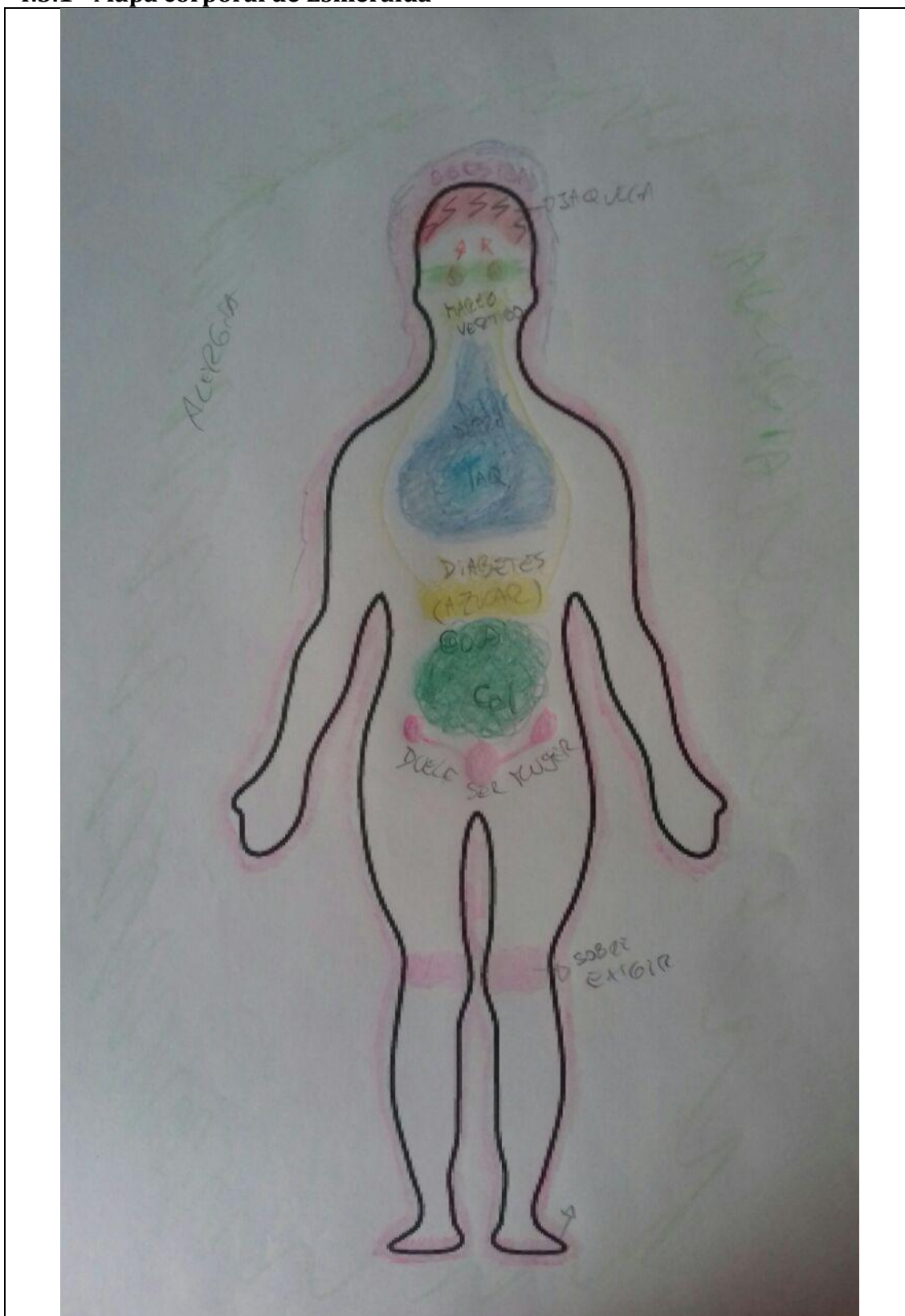
Por otro lado, ella valora a sus buenas amistades, con las que puede conversar de lo que no tiene con quien, con las que “puede sacarse” sus temas más personales: “ya es como que bajé cinco kilos de puro alivio”. Da un lugar importante al hablar y a la escucha, siente que necesita esa vía para expresarse, “puedo hablar todo el día de cualquier tontera”. Por otro lado, el acto de hablar la faculta además a trazar un límite con los otros que no son de su interés, un habla más banal permite distanciar a la gente con la que no comparte un lazo más profundo o productivo.

Ante todo, reconoce los momentos que la alteran y a la vez la movilizan, así como los momentos que le aportan algún alivio, mas aún percibe que su cuerpo “sabe mejor que yo lo que me pasa”. Hace una analogía de su cuerpo “como un instrumento musical (...) alguien me está apretando esta tecla y va a sonar por algún lado”. Tiene la creencia de que muchas enfermedades (no todas) vienen por un tema más mental que ambiental, habiendo otras que sí son ambientales “y no hay nada que hacer”. Piensa que el cáncer, por ejemplo, es una mezcla entre ambiental y mental; por otro lado, el sida es netamente ambiental “te lo pegas, pero el cáncer te da”. Identifica que hay condiciones del entorno que podrían afectar directamente la salud de las personas, pero también “la cabeza manda”, por lo que hay gente que se sana y otra que no, gente que muere y gente que no. Existen distintos tipos de enfermedad para Esmeralda, “pero los dolores que yo tengo, creo que son netamente mentales”, a excepción de la diabetes (que aún no tiene). Cree tenerla, pero no: “espero que en algún momento me pueda controlar, pero no sé cómo (risas). Yo voy a reventar, ya me ha pasado”.

Se considera la “reina del auto sabotaje”, a ratos cobarde, “quisiera decir algo y no puedo o no sé qué, como que el cuerpo quiere gritar y yo no sé qué gritar” nuevamente reconociendo una distancia entre cuerpo y mente, provocada por algo que le resulta desconocido, pero que a ratos es visto como una conjunción inseparable. *“No voy a culpar a una enfermedad, si yo también me puedo cuidar. Soy yo la responsable, no es la genética, no es mi familia. Tuvo que ver y todo lo que quieras, pero yo puedo cambiar eso y lo tengo claro pero no quiero (risas), me da paja, me da... no sé. Entonces, es una pega que uno tienen que proponerse”*. Es una persona que se sobre exige mucho, un poco intransigente, que no molesta a nadie;

pero a ella, todo: “no quiero andar luchando todo el día, no estoy lista”. Es como una actuación, el escudo que se pone por algún motivo. Generalmente es miedo. *“Cobarde, soy la reina de las cobardes (...) no importa cuánto trabaje, me voy a quemar marcando el paso toda la vida”*. Finalmente, le deja un mensaje a su cuerpo, o a su ser: *“Déjate de ser wea”*.

4.3.1 Mapa corporal de Esmeralda



Mapa Esmeralda (36)

Este mapa guarda ciertas particularidades con respecto a los otros mapas del estudio. Primeramente, es la única mujer que traza límites entre el adentro y

el afuera, recubre su silueta y posteriormente encierra el mapa con una trazo exterior. Es una pauta que indica su sentir respecto del contacto con los otros y con el entorno, es una forma de remarcar su posición con respecto del otro, un lugar defensivo frente al contacto y la proximidad, una sensibilidad ante el entorno. No abre un espacio en su mapa que le permita relacionarse más allá de su coraza. En este sentido, lo que ella marca como obesidad, parece ser una máscara que la protege y la aísla, permitiéndole limitar sus acciones.

Da una sensación electrizante el uso de colores y formas, como representando la fuerte vibración y la energía que elige mostrar o guardar, que a la vez le sirve para expulsar lo que la incomoda. Parece tener problemas para relajarse y hallar la calma y sus expresiones corroboran aquello, con un relato cargado de contenido que refleja una fuerte necesidad de mostrarse y marcar su lugar.

En la parte superior del mapa se observa una intensa dinámica de trabajo con respecto a sus dolores, a tal punto en que emerge un trazo muy similar a una lágrima, que desciende desde la cabeza y se desborda en su cuerpo. Se evidencia un atravesamiento histórico en las marcas, corroboradas así por lo que decide escribir y sus asociaciones son los colores que emplea. Acentuando los fantasmas que le deja el dolor en el cuerpo, que la atrapan y la sostienen. Es notorio que Esmeralda tiene altos recursos para sobrellevar su padecimiento y llegar a una comprensión propia de su cuerpo con creatividad.

4.4 Marta (66 años)

Estaba luchando con algo que no entendía.

Marta es una mujer con una historia de perseverancia y aprendizajes, recuerda las etapas de su vida con avidez y nostalgia. Inicia su relato haciendo alusión a su adultez temprana, en ocasiones llamándola adolescencia, en que no se explicaba los malestares que la aquejaban: “estaba luchando con algo que no entendía”. Recuerdos de la falta de entusiasmo que sentía cuando su madre la llevaba a comprar ropa, vivir con sueño y sin ánimo, pensó que desarrollaría una depresión como su hermana menor, cuestionaba muchas cosas de su matrimonio que recién estaba empezando; cuando por fin halla una respuesta en lo genético (por parte de su madre): su tiroides no funcionaba correctamente. *“Cuando me operé, una maravilla. Me sentí como de quince años. Un alivio tan grande”*.

El no saber que tenía en aquel entonces, la lleva a reflexionar en el presente de lo que esto vino a representar en su vida, una unión de etapas de cambio (juventud y disfunción en la tiroides). El malestar que sentía al desarrollarse tenía finalmente una explicación y un tratamiento: *“El sentirte bien tú, te libera de muchas cosas. Me liberé de muchas cosas que antes era, que me tenían atada, que no podía salir, que me sentía mal. Entonces, era todo más complicado. Cuando uno se siente bien, se siente como yo decía, me sentía hasta joven. Me vino la juventud aquí porque me sentía muy bien”*.

En su juventud Marta quería ser muy auténtica y libre, trataba de nunca quedarse con las cosas adentro, cuestionaba y exigía aclaraciones ante la negativa de sus padres, y para sorpresa de sus hermanos menores “a mí no me sacan nada con decirme no”. Gracias a su rebeldía, ella siente que *“vi todo lo que me tocó ver en esa época. Fui la primera con los anticonceptivos, que se hacían paseos y se besuqueaban afuera, fui pionera de muchas cosas de las que ustedes tuvieron toda la libertad del mundo pero nosotros no la teníamos”*.

Pedía a su padre que entienda que a pesar de que otros “la pasaban regio”, ella sólo buscaba hacer amistades y pasarlo bien: *“yo sentía que era capaz de tener claro de lo que debía hacer y lo que no debía hacer (...) ¿para qué me voy a meter en problemas? No tengo ningún interés”* En ese entonces no podía explicarse ni explicar a sus padres dicha reflexión, y desmiente que su actuar haya sido de rebeldía, *“yo siempre buscaba la razón y la verdad”*.

El problema de la tiroides la hace ser “un poco conflictiva”, se cuestionaba su sobrepeso que venía ligado a la disfunción hormonal, pero también reconoce en el presente que eso le ayudó a encontrar sus verdaderos valores, que no solamente era el físico. Para Marta, la decisión de operarse a los 30 años para extraer su tiroides fue una respuesta: “ya era el momento de solucionarse”. En el fondo lo ve como una “madurez de saber afrontar la vida”, sintiéndose bien, joven, y capaz de cosas que antes no se creía capaz.

Otra de las dolencias que Marta atribuye al factor hereditario (de su padre) son “las cosas de piel”. Durante su pololeo con el que ahora sería su esposo, comienzan a salirle brotes en la espalda llamados queloides, situación que le produjo un gran dolor. Recuerda que no podía ir a la playa y bañarse normalmente porque surgían comentarios de los otros bañistas, pero principalmente fue que se

trataba del comienzo de su noviazgo, lo que la lleva a consultar a un médico especialista, quien la invita a estar tranquila. Considera que fue una lucha tanto del dermatólogo como para sí misma: *“tuve que enfrentar que yo me iba a casar y todo, ahí fue el conflicto, que cómo me voy a casar, que me van a ver”*.

Tras atravesar todas las pruebas y tratamientos existentes en aquella época, recuerda que su doctor le indica que si ella se casa y tiene un hijo todos los problemas hormonales se arreglarían, lo cual ella corrobora enfáticamente. Añade otro aspecto de aquel encuentro con el especialista, que la reafirma: *“si no es por un doctor que me guió y me dijo que no influía en el desarrollo de mi relación para nada. Que me quería y me quería como era. Eso, fue para mí la resolución, o sea, resolví el conflicto quedándome tranquila y no pensando más que nade me iba a querer porque yo tenía eso en la espalda”*.

Su noviazgo fue para ella especial, conoció a su pareja en un movimiento cristiano, lo evoca como muy idealista, recuerda aspectos de su carácter y forma de ser que pensaba que al formalizar la relación podría cambiar o mejorar, pero reconoce que no fue así: *“él me dio una imagen un poco, no equivocada, pero más liviana de cómo era él. Yo ya lo empecé a conocer cuando me casé, en realidad. Ahí me lo empecé a conocer. Y era todo muy convencional, o sea, de otros tiempos, no como ahora”*. Finalmente, percibe que su pareja es limitada y no entiende las cosas que ocurren, lo que la lleva a cargar con los asuntos de hogar. Afirma que le guarda cariño a pesar de las dificultades que han atravesado en su camino. Frente a esta reflexión sobre las dificultades a las que se ha visto enfrentada en su relación, y a lo largo de su vida adulta, cree *“que todo eso lo fui acumulando en alguna parte del cuerpo porque no lo mostraba yo. Yo me hacía, yo era la fuerte”*.

¿Qué no me han sacado?

En el entretanto, Marta enumera los órganos que ha perdido en su vida adulta: tiroides, vesícula, apéndice, útero y ovarios, y el ojo izquierdo por un desprendimiento de retina, *“ya no tengo casi nada de cuerpo”*. Por otra parte, menciona que padece de malestares estomacales, dolores de espalda, hipertensión, cada uno de los cuales guarda un sentido particular para ella, en distintos registros. Cuando empieza a “crear” enfermedades, dice que *“la cosa psicológica la traslada al estómago”*, lo que la empieza a coartar en su día a día, y lo relaciona a una crisis de la edad reciente, de tener que resolver que todo se lo tomaba muy en serio: *“sentía que yo era responsable de cosas que no tenía por qué tomarlas para resolverlas”*. El dolor de espalda lo ve como *“algo sintomático (...) cuando empiezan los problemas me empiezo a agachar, me cuesta enderezarme”*. En su historia parece ser que estos dolores difusos la dejan en un lugar pasivo o la limitan, *“reconozco que fue un año en que no me sentía capaz de nada”*.

Es precisa respecto de las construcciones que ha desarrollado en torno a sus afectaciones corporales: *“la pérdida del ojo, después, que mi papá murió, por demasiado estrés (...) te sacan el útero, el ovario, le sacan todo eso para evitar un cáncer (...) La tiroides es algo glandular, o sea, es reacción (...) la vesícula y estómago son consecuencia de que todo lo relacionaba con que yo iba a morir o que estaba mal”*.

“He pasado por ese proceso de dolor, de... yo creo que ya ha pasado lo que fue para mí complicado. Porque toda enfermedad va acompañado de algo mental, que uno dice ‘ay, que me duele esto, ¿qué será?, que terrible’, o elabora mucho mentalmente las cosas. Hay gente que le da lo mismo, que va a los doctores, sana y sigue su vida. No piensa más allá”. La enfermedad para Marta implica un proceso de pensamiento o de un trabajo psíquico importante, al menos es lo que ha podido incorporar en su momento vital actual.

En su matrimonio, Marta concibió 3 hijos. Ha podido reflexionar sobre las implicancias de ser madre en su historia: *“los hijos tienen que ser libres... uno lo dice de boca, pero aquí no. Uno no le puede quitar eso. El hijo es hasta que uno se muere (...) hijos grandes con problemas grandes, necesitan un poco más de apoyo, escucha, comprensión. No ayudar, eso es diferente... es el conducir a que crezcan”*. A esto se suma una importante introspección que ha podido elaborar, después de haber enfrentado una histerectomía total antes de cumplir los 50 años: *“son molestias que uno no las quisiera tener. También fue uno de los periodos difíciles que yo ya me estaba cuestionando todos estos problemas que me cuestioné. La edad, cómo era yo, que tenía que definirme, que buscara mi propia armonía (...) como un cuestionamiento de la parte femenina, en el fondo es eso”*.

La pérdida de sus órganos reproductivos la llevan a preguntarse por la esencia de lo que una es más allá de lo físico, lo que implica ser mujer, *“las características que una debería tener como mujer con los demás, ser más receptiva, saber manejar los cariños (...) La mujer piensa, da vueltas, ve si sirve y habla. Ese razonamiento incluso, realmente uno dice ¿por qué fui mujer y no fui hombre? ¿Qué busco yo?, ¿Cuál es mi misión?”*. Su búsqueda la lleva a determinar que desea ser una persona que transmita tranquilidad, que la vean bien, sin andar alegando o haciendo malos ambientes; en el fondo, su lugar en la sociedad. Por otra parte, reconoce que ella ha tenido que ser “la fuerte” al criar a sus hijos, y siente que le ha tocado llevar a costas a la familia por muchos años, lo que la ha cansado: *“del recorrido las malas cosas me las llevé yo, la parte difícil”*. Esta es otra responsabilidad que siente que le ha sido atribuida y que contribuyó a sus dolores, lugar similar al que ocupó en su hogar de origen al crecer.

De princesa pase a conocer la vida de forma más fuerte.

El periodo de rebeldía de Marta se vio aplacado cuando toma consciencia de que al ser la hermana mayor de 4, tenía una responsabilidad en el hogar. Esta obligación se termina de consolidar a sus 41 años, cuando su padre fallece por una enfermedad fulminante: *“él quería dejar la responsabilidad y la preocupación, como sabía que se iba a morir, en alguien y mi mamá le tuvo que decir ‘bueno, confía en la mayor, Marta’, porque no tenía otra. Así yo tuve que asumir toda la responsabilidad”*. El rol de hermana mayor implicaba para ella asumir las decisiones de salud e internamiento de su hermano. Considera que sus hermanos varones no han sido “fuertes” dentro de la familia y, simultáneamente, trata de solucionar las constantes querellas que recibe de la hermana. Todo esto para servir de apoyo y cuidar de su madre aún joven, mientras vivía.

Describe a su madre como la que contenía, amorosa, nada débil, y su padre es quien le inculca el valor de decir siempre la verdad, y de seguir adelante a pesar

de todas las dificultades que uno pueda tener. Su padre era un ejemplo de superación, devotamente dedicado al cuidado de la familia; Marta trataba de replicar su proceder, para nunca cuestionar su propio esfuerzo al cumplir sus obligaciones: “no me costó nada, no me cuestioné el por qué desde tan joven él cuidaba a los papás. No, jamás... como yo lo vi en él. Yo con mi madre también fui así”. Valores familiares que ella ha adoptado e incorporado en su proceder a través de los años.

Marta tuvo una hermana mayor que falleció al nacer, recuerda su nombre y el efecto que tuvo esta pérdida en su propia historia: *“para mí fue demasiado cariño, todo cien por ciento exagerado, porque mi madre ya tenía aquel sufrimiento. Siempre fui ante mis hermanos y mi madre la favorita. Se produjeron celos y cosas, porque ‘siempre eres tú la importante’. Ellos no sabían cómo demostrarme la felicidad y el cariño de que yo había nacido”*. Por eso, siente que de ser princesa pasó a conocer la vida de forma más fuerte.

Recientemente, y debido a encuentros importantes con personas que han sabido darle un lugar a su historia de dolor y sacrificio, es que logra decididamente cortar lazos de dependencia de sus hermanos, siempre con la actitud que heredó de su padre que la insta a no vencerse, llega a un límite en estas dinámicas y permite que ellos “se las arreglen” por su cuenta: *“mi hermano empezó a dudar de mí, de cómo hacía las cosas hacia él y cortamos la relación. Él me trata pero como sea. Porque se dio cuenta que, como yo era la única persona y que me tenía subyugada, hizo como una relación que él estira para que haga todo lo que se le ocurra, sea coherente o no sea coherente. Entonces, no. Se encontró con que yo le dije que no no más, y así fue... así fue. Es como que estoy sanando eso y me siento pero mucho mejor. Siento que me saqué un peso pero enorme”*. Siente que en la actualidad se ha “sacado una mochila”, después de haber acumulado experiencias fuertes relacionadas al hacerse cargo de la vida sus parientes *“hay cosas que fui tomando conciencia. De que frente a cualquier circunstancia yo psicoto... ¿cómo se dice? Producía una enfermedad en mi organismo”*.

Sin embargo, reconoce que hay días en que decae porque *“me cuesta mucho aceptar las críticas. Porque siento que cuando a una la critican, hay veces que uno no tiene fuerzas para decirle ‘a ver, oye, escúchame por qué no estoy haciendo... o por qué actúo así’. Mejor no vale la explicación, uno se la guarda un poco para adentro a la explicación”*. A esto se suma el hecho de que considera ser demasiado sensible al sentir de los demás, percibe las dolencias de otros y se atribuye a sí misma una carga afectiva importante.

Quiero estar presente así.

El percibirse como una persona receptiva a las emociones de los demás, lleva a Marta a buscar rituales de sanación alternativos a la medicina convencional, y es así como a principios de este año ella se contacta con una “sanadora” quien la acompaña en un descubrimiento personal que afianza su sentir y la ayuda a resignificar sus dolores (del cuerpo y de su historia). En tres sesiones, o tres sanaciones, ella se impresiona del cambio al despojarse de sus miedos y angustias, “ella me quitó todo eso”.

El ritual consistía en cerrar los ojos mientras la sanadora “intercede y ve cosas tuyas”. Marta refiere una cierta capacidad extrasensorial, que le permitió recorrer un encuentro con todas las personas que han muerto (incluyendo a su hermana mayor que murió al nacer) y verlas de una forma maravillosa. Afirma que es lo más increíble que pudo haber experimentado “y poco menos, conversaba con ellos. Mira la paz, que increíble... a mi mente llegó esa sensación de que ellos estaban súper bien, y yo tenía dudas de saber si estaban bien”. En esa sesión, la sanadora le explica “de dónde provengo yo, mi alma, es de una niña que tuvo un padre muy tirano en esa época y que yo no he cambiado la personalidad para nada. Entonces por eso yo tengo esa característica de que quiero ayudar a la gente, ¡quiero estar como presente así!”.

La sanadora describe también los rasgos físicos de un tío de Marta, que percibe que le ha generado miedo cuando chica. Al hacer memoria, recuerda a uno de ellos y que sentía temor en su presencia: *“Me venía una actitud así infantil de que me quería arrancar. Me dijo ‘porque esa imagen que yo te estoy preguntando de tu tío es la imagen del padre de tu otra alma, que tu no lo resolviste’, se traspasó a eso”*.

Entonces *“me sacó todo lo anterior mío, y me dejó tranquila. En otras sesiones, me explicó lo que yo tenía que hacer, que yo tenía que ser creativa y tener la confianza porque yo no podía ser Robin Hood, ni héroe, ni nada”*. Es así como lo que vaya recibiendo de los otros “tengo que saberlo derivar”, ha aprendido a decir que no, si sabe que algo le va a dañar y le va a hacer mal, no lo hace.

Al sentirse bien físicamente, producto de estas sesiones, siente que se “envalentona”, asumiendo las tantas cosas que tiene y que debe saberlas sobrellevar, la sanadora añade: “tú no eres terrenal, eres un alma que si pudiera cambiar de universo, lo haría inmediatamente”. Se encuentra siempre pensando en la paz, en el amor, en la tranquilidad, en “el ser al que le falta algo”. Al hablar de su sensibilidad, evoca un recuerdo de cuando tenía cinco años y observaba a su padre tocando el violín de forma diestra, al detenerse a escucharlo, comenzaba a llorar: *“en vez de sentirme que era algo bonito, una creación que estaba haciendo él que me estaba tocando el violín, me venía todo el pensamiento de pobreza, de tristeza, de todo, o sea, una sensación así”*. Como ha tenido estos sentires desde chica, ahora en la actualidad lo comienza a asumir, asume donde está, lo que tiene ahora, sus hijos, su nieto.

Ahora también incorpora a su rutina actividades como el yoga especializado para mejorar la columna y lo siente como un mérito al ver las cosas que uno va logrando, la sanadora le decía: “siempre que vayas a hacer algo, no te autoimpongas cosas que no vas a poder hacer, primero piensa si te va a hacer mal a ti, entonces no lo hagas”.

Marta añade que tiene presentimientos cuando una persona va a morir, lo que le impone otra responsabilidad no menor en su vida: *“parece que yo canalizo el momento en el que la persona se está como lista, como para irse, eso también me trae problemas a mí, pero no lo puedo evitar. Me han puesto pruebas bien grandes”*. Han sido momentos que ella ha tenido que vivir, pero su sanadora le reafirma que esa es su esencia, como reiterando que ella tiene esa fortaleza para estar con la persona al lado cuando la necesitan. Ahora y gracias a la sesiones y al entendimiento que traen consigo, ella va a poder seguir estando al servicio de los demás pero ya no le “van a sacar la energía”, la sanadora le explica: *“vas a ser igual*

tú, lo puedes hacer, pero que no te quiten esa energía porque si no te dejan vacía. Llegas a un límite, y ahí es que te vienen las enfermedades”.

Dígame la verdad.

Antes de vivir esta reveladora experiencia, Marta ha visitado a distintos médicos a lo largo de su adultez, lo cual le ha dejado sensaciones ambivalentes. En sus propias vivencias, afirma que siempre le ha tenido miedo a los médicos, ya que percibe que al verla “le inventan cosas” y enfermedades desde un principio, y urgen a uno a hacerse exámenes para ir descartando “lo que tiene y lo que no tiene”. Ahora, con su mentalidad, ella prefiera limitar este escrutinio y ser específica en su motivo de consulta, “le hago caso y doy por finalizada la cosa”. Hay una valoración a la sinceridad del especialista para establecer un vínculo con él, lo que para ella guarda relación también con su experticia: *“me daba cuenta cuando alguno no sabía mucho o estaban que no me querían decir que, en realidad, no podían decirme nada porque no sabían. O sea, no eran sinceros y uno no va más donde ese médico, se retira no más”.* Un ejemplo de estos encuentros con especialistas ocurrió recientemente: *“Empecé a ir a un psicólogo ahí en el consultorio, que tampoco se explicaba mucho, no tenía mucha experiencia. No relacionaba mi dolor de estómago con mi situación de edad. No lo captó eso”.*

Recuerda el fallecimiento de su padre, debido a una deficiencia renal. Percibe que aquello fue tan fulminante en él debido a “la dura experiencia de no ir a médicos, se enfermó mal, no pudo operarse, no pudo nada”. El médico consuela a la familia en aquel momento, invitándoles a resignarse “se tiene que ir apagando la velita, no más”. Evoca además un duro relato después de la muerte de su padre, hace 16 años, en que de forma igualmente fulminante despierta una mañana y “veía sólo la mitad”. Debido a la mala cicatrización luego de un desprendimiento de retina, pierde el ojo izquierdo: *“cuando vi que se me formó una tela del ojo y el doctor me iba a sacar el parche, le dije: ‘ya sé lo que me va a decir, dígame al tiro si ya sé que perdí el ojo porque yo lo sentí’, había empezado con la historia que no sabía cómo decirme”.* Después de que el doctor le dice la verdad y corrobora esto, añade enfáticamente que va a hacer su vida normal y que esto no le va a influir en nada. Marta toma la noticia con resignación y “sabiamente”, y reflexiona en lo penoso de que le haya ocurrido esto tan joven, ya que produce desafíos “siempre voy a vivir así, viendo la mitad”.

Después del caos que le resultó acostumbrarse a esta pérdida, la envuelve una energía que la lleva a vencer sus temores y, las cosas que pensaba que no podría hacer, las termina ejecutando con normalidad. En sus clases de yoga, por ejemplo, se da cuenta que aún puede mantener el equilibrio: *“dice la profesora que tratemos de levantar las manos y yo empiezo y lo logro. Pero yo pensé que no lo iba a lograr. Uno cuando se propone algo, lo logra. Se me olvida que el órgano, digamos, no lo tengo, se me pasa”.*

En sus momentos de transición, comenta que hay una luz que puede oscurecerse pero siempre debe brillar más. Esto lo traduce a sus dolencias cuando, por ejemplo, le duele la cabeza *“hay que pararlo para poder tener la tranquilidad... Pero vuelve, después vuelve la tranquilidad”.* El pensar en dicha luz evoca el recuerdo de los atardeceres anaranjados (lejos de pintarlos comúnmente

amarillos) que dibujaba cuando niña, y que tanto le gustan ahora: *“ahí entiendes toda la creación, que uno está asentado en un universo muy sabio”*.

Característica de la tercera edad.

Además de este recorrido de introspecciones y entendimientos que ha podido alcanzar con el paso del tiempo, Marta da un lugar particular al envejecer. Desde el hecho de asimilar que te cedan el asiento en la micro, hasta el esfuerzo interminable que implica el decidir dejar de teñirse las canas: *“pasan varios meses que uno se ve pero horrible, se mira al espejo y dice ‘ay no, mejor me voy a teñir’”*. Actualmente ha asumido sus canas y puede nuevamente tomarse fotos luciéndolas *“Es una situación que uno va viviendo. Pero ahora soy feliz, o sea, me da lo mismo. Feliz yo que me quité el peso de teñirme el pelo”*.

A los sesenta empieza a tomar consciencia de que *“ya era su buena vida, sus buenos años”* y resolver su anhelo de cuando tenía cuarenta, proponiéndose a hacer cosas y que la hicieran feliz: *“quería llegar a vieja, pero no una vieja amargada que fuera poco vital en mi forma de ser ni nada”*. Igual siente que le choca asumir su edad, por el estigma que percibe de la tercera edad en que *“vas bajando la curva de todo”*. Nuevamente emerge su rebeldía juvenil de querer seguir adelante, a pesar de que físicamente se pensaba incapaz de muchas cosas. Este choque le genera la fuerte crisis que atraviesa el año pasado, en que irrumpen dolencias corporales de tipo estomacal.

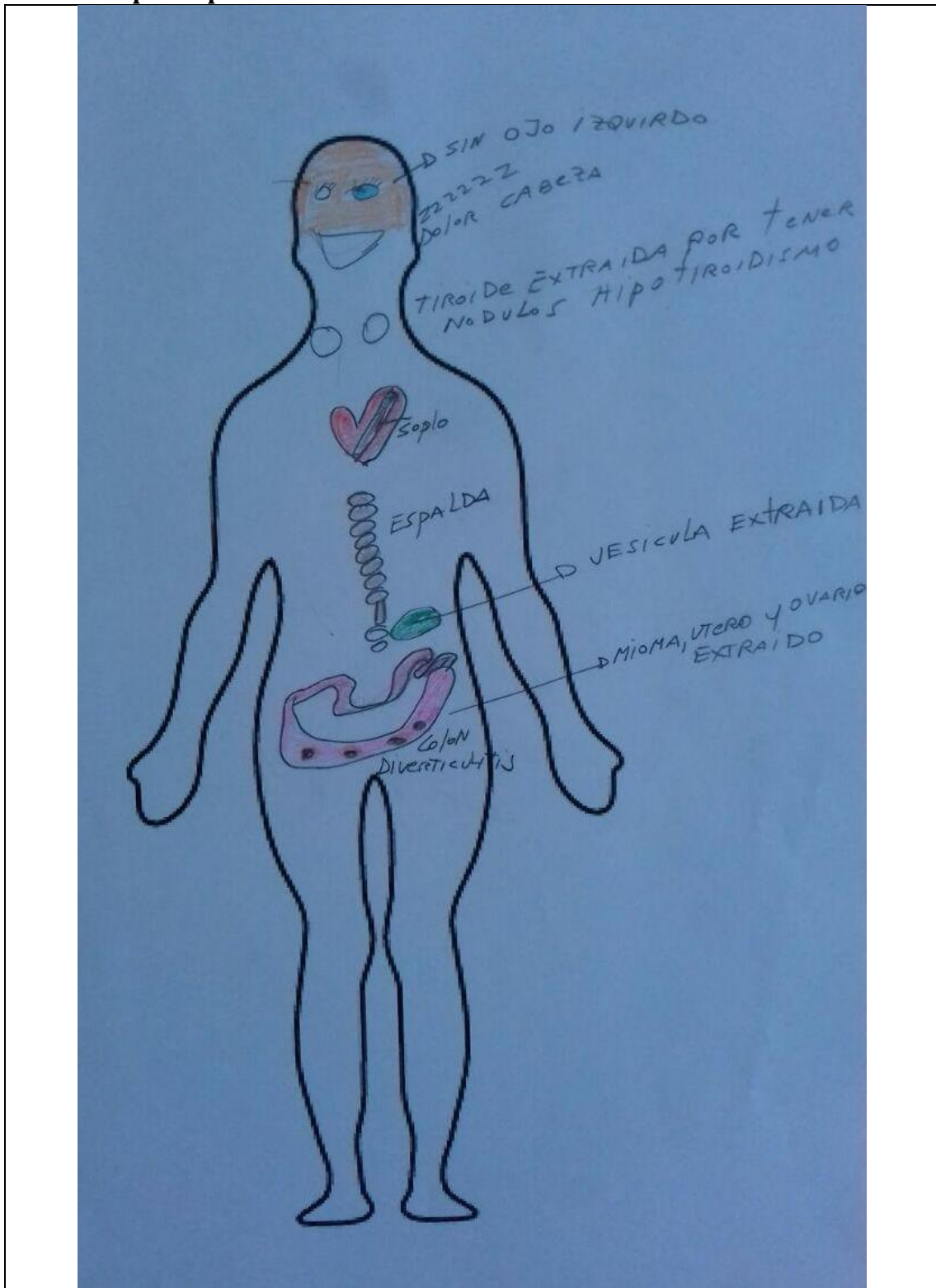
Ha observado que en su entorno se compite mucho por quién se ve más joven, lo cual le llama la atención pero no lo considera relevante, a pesar de que en reiteradas ocasiones regresa al tema de la edad: *“no necesito ser aceptada bajo el valor de si soy bonita, fea, o si tengo algún defecto. A mí me gusta conversar con la gente, verle lo que piensa, su interior es mucho más importante a que se vea bien. Pero a esa edad se compite mucho”*. En sus grupos de ejercicio está con gente de más de ochenta años y es *“la joven de ahí”*, sus pobres compañeros no llegan a cumplir las indicaciones de la profesora mientras que ella lo hace perfectamente. Sabe que al llegar a esa edad se verá enfrentada a lo mismo, *“es la ley de la vida”*, y se reconforta al pensar en que la mayoría de los programas del gobierno apuntan a la tercera edad, *“para que no se queden como antes tejiendo o en la casa”*.

Por las situaciones que conlleva el envejecer, Marta le pediría a su cuerpo *“que ya no me mande más cosas (risas), ya tengo hartito trabajo con la última cosa que me dejó para toda la vida”*. Debe evitar pensar que nunca le va a pasar nada y empezar a cuidar de sí, en todo sentido. Las dolencias más recientes requieren de ella un cambio, *“ahora debes ser una vieja que cuida su estómago”*, empezando por su adicción a los dulces y las ansiedades que la conducen a ella.

La vida misma ha sido todo un tema para Marta, al ir atravesando sus diversas etapas, reconoce que no se detenía a reflexionar sobre ellas. Pero con el tiempo –y la edad– se encuentra en una fase de entendimiento que recubre todo su relato. *“Ahora tengo consciencia de la vida, de los años y quiero conducirla lo mejor posible para estar abierta a una sanidad mental y física. En este sentido, esto de los dolores me ha hecho darme cuenta de que debo saber manejar mis emociones, en el fondo es eso. Que no sé, que no sabía manejarlas, pero ahora tengo que estar haciéndolo a esta edad. Y no sentir culpabilidad, porque eso es lo que me ha dado*

siempre. Todo era que me culpaba, de que esto... me sentía culpable de todas las cosas. Entonces, no, no sentir ninguna culpabilidad. Ahora, no siento ninguna culpabilidad de lo que suceda. Yo, mi trabajo es ahora estar tranquila para evitarme enfermedades”.

4.4.1 Mapa corporal de Marta



Mapa corporal Marta (66)

Es un mapa que destaca el trazo y énfasis de órganos y vísceras afectados, representando un encierro en su construcción respecto de su malestar, constriñe su vida en torno al dolor. Por otro lado, las zonas de vacío reflejan una posición pasiva y sin movimiento de Marta, reconoce a su cuerpo como fuente de

padecimientos pero no de producción, al no marcar sus extremidades. Del mismo modo, ella opta por resaltar por escrito su idea de lo que lo que representan sus trazos, mostrando una necesidad de delimitar una “realidad” del órgano y su límite, que no abarca más de lo evidente, como un intento de acotarlo y visualizarlo para sí misma, otorgándole una sensación de control y adueñamiento.

Aclara esta realidad de los órganos en el relato mientras describe sus trazos, parece haber incorporado su historia frente a sus padecimientos a su relato de vida, es recurrente que se muestre a partir de sus relatos de dolor corporal, por ello hay una translucidez en su silueta.

Es lo que muestra, es sus pérdidas. Se destaca la importancia de reconducir su relato a otros niveles y significaciones, como una vía para abrir su experiencia corporal (como ocurre con sus recientes encuentros con sanaciones y yoga).

Lo más representativo en este mapa es lo que “se le escapa” de su trazo habitual y de esta realidad: el dibujar una sonrisa amplia, de apariencia infantil, que vendría a remarcar el recurso que tiene esta persona para sobrellevar su dolor. Es un intento reconstitutivo que le permite mostrarse ante los otros servicial, amable y receptiva, y a la vez mantener una apariencia de control y asimilación consigo misma, dando una buena cara y mostrándose capaz de soportar esta adversidad que además la sostiene en su posición.

4.5 Ana (33 años)

Soy un enigma médico y no hay cura... Y a nadie le importa.

La vía intravenosa que reposa en el brazo derecho de Ana hace que deba llevar un inmovilizador similar al que usas después de una lesión: el preámbulo a lo que sería la historia de una contienda interminable para encontrar su salud. De apariencia debilitada, inicia su relato ubicando el año 2008 como el momento en que emergen dolores corporales múltiples e igualmente enigmáticos, que la embarcan en un recorrido de encuentros con un sinnúmero de especialistas. Los médicos le ofrecen explicaciones contradictorias, dado que los exámenes revelan leves desgastes en tendones o columna, que bien podrían acompañar a la mayoría de sujetos a lo largo de su vida, sin necesariamente explicar la intensidad de dolor que sentía Ana en esos momentos. Otros corroboraban que era posible que sus “mini heridas” justifiquen sus dolores. Afectaciones en los epicondíleos, fasciculaciones, compresión entre vértebras C2 y C3, y otras terminologías científicas resuenan en su relato como la única certeza que puede obtener de sus búsquedas en la web para ubicar su anatomía y padecer.

Sus “síntomas extraños”, examinados por distintos médicos, han sido o bien “erróneamente verificados” en un espacio, o explicados desde la idea que “algunas personas tienen cerebros que exacerbaban los dolores, aunque no fueran explicables de manera orgánica”. Buscando una forma concreta de mitigarlos, *“he ido a muchos lugares tratando que sane esto, desde medicina tradicional a medicina alternativa. Médicos, acupunturistas, masajistas, quiropráctico, kinesiólogo, reumatólogo, psiquiatra, trabajos espirituales, biomagnetismo, flores de Bach, terapeuta neural. Pasé por muchísimos lugares”*. Ha probado sustancias legales e ilegales, *“marihuana, ayahuasca, medicamentos comunes, antidepresivos, narcóticos muy fuertes desde morfina y metadona a fentanilo”*, encontrando que el beneficio es poco para lo mal que se siente, tomando en cuenta que los narcóticos con los que ha experimentado son considerados los más letales en la actualidad, y generan alta adicción al ser derivados del opio. Es por ello que actualmente porta su intravenosa, como parte de un proceso de desintoxicación de estas sustancias mal e inescrupulosamente recetadas: *“ya no tienen efecto y no quiero seguir consumiendo”*.

Ironiza respecto de que en uno de sus encuentros con especialistas “un tipo me dijo que tenía un demonio adentro, en serio”; otro se enfocaba en el trabajo a nivel celular, *“te ponen lidocaína en ciertos puntos para cambiar la polaridad de las células. Pero no a todos estos encuentros puede verlos con cierta gracia, en especial a la escena particular con aquel médico que le oferta un método infalible para aliviar sus males y la introduce a la metadona, acto seguido es internada en el hospital de emergencias por una sobredosis y aún continúa recuperándose”*.

Antes de empezar un tratamiento ella investiga por internet a los especialistas y en qué consiste cada intervención, es notable la manera que ella tiene para corroborar la información ofrecida por el saber médico. Inician las comunicaciones vía telefónica con este médico, por su interés en un tratamiento que ofrecía en su página web: *“radiofrecuencia para quemar los nervios”*, este le envía por correo tabletas de metadona *“para que probara a ver si le funcionaba”*. En su interior ella sentía que este tratamiento sería la última alternativa,

corroborado por el médico que aseguró su eficacia: “Yo no tenía idea de lo que era la metadona, después me enteré que era una droga bastante potente que se utilizaba para ayudar a desintoxicar a los pacientes que ya eran adictos a la heroína, entonces no era una broma, no era un paracetamol, era una cosa ruda. Solo tuve un par de tiras, entonces tomé las primeras dos cápsulas que me provocaron una sobredosis”.

Al ver el fracaso de esta promesa de cura, nuevamente de su intento de hallar alivio, siente una gran decepción y entra en una crisis: “lo único que quería era morir, yo ya no veía otra cosa que hacer”. Es así como “tratando de escapar del dolor tomé más de lo debido y terminé en el hospital”. Como en Chile “el suicidio es ilegal”, sus padres *“tuvieron que inventar, no inventar, sino tratar de explicarles a los médicos que tratando de escapar del dolor se me había pasado la mano, pero no había intentado matarme”*. Al salir, procede entonces a protestar los cheques que emitió para este médico, quien le había pedido el pago por adelantado, como una forma de “paliar” este “incumplimiento de su parte del contrato”. Después decide comenzar a consumir marihuana de forma medicinal: “me empezó a ayudar un poco con el tema más mental, dolía igual pero yo ya no sentía este deseo de hacer un hoyo en la tierra y quedarme ahí”.

Ana refiere que “sólo buscaba, intentaba buscar alivio. Seguía buscando algo nuevo”, buscando información de los médicos, “al menos que la página dijera que tenía algún porcentaje de éxito para no ir a perder el tiempo tanto”. En sus devenires ha encontrado igual *“algunos resultados, pero después no se mantuvo; siempre ha sido así, como que al principio tiende a tener algo de beneficio, pero yo creo que es más efecto placebo, luego vuelve a lo mismo”*. Además, se vuelve como alérgica a los medicamentos *“como que tu cuerpo no quiere recibir esas cosas y empiezan a hacerte pésimo (...) te empiezan a provocar dolores en otras partes que no tenías”*.

El dolor implica un gasto, incluso de dinero. Percibe que los médicos “tampoco se hacen mucho cargo de seguir tu caso, porque es como para ellos irrelevante”. En general siente que “nunca les ha importado, como esta sensación de distancia que tienen, no les interesa averiguar más, buscar información. Yo siento que tengo más conocimiento de mi propia enfermedad de lo que ellos”. Percibe poco interés del médico en averiguar lo que le pasa, sin siquiera llegar a un diagnóstico: “es parte de la obligación de un médico, al menos en este país” saliendo siempre de montones de consultas sin obtener alguno. Le mandan por ello una “abrumadora cantidad de exámenes de todo tipo” y, cuando una hace su parte y regresa con los mismos, “no recibe ningún tipo de ayuda”. Se ha sentido directamente maltratada por parte de algunos médicos, recuerda que uno le increpa que es anoréxica por ser delgada “y esas cosas no se le dicen a las personas, es un tema serio”. Ha tenido que lidiar con todas estas cosas en “el camino de buscar la salud”.

A pesar de esta racha interminable de experiencias decepcionantes, se le pide que evoque algún tratamiento que en mayor o menor medida le haya ayudado. Recuerda que encontró un quiropráctico que concretamente con su procedimiento alivió de forma temporal “una compresión en el nervio vago (...) básicamente es reacomodar el esqueleto, te estiran el cuerpo, sueñas como algo

crujiente y te mejora la postura”. Aun así, no le ayudó con sus dolores en otras áreas y discontinúa el tratamiento por falta de dinero.

“Los médicos son meros expendedores de recetas, no hay cura, solo hay un mantenimiento completo de tu condición y de una especie de creación de clientes de medicamentos”; añade que la industria completa está en función de seguir creando medicamentos que no tienen pruebas suficientes de que funcionen, “los estudios son súper cuestionables”. Ante esto siente desesperanza, la sensación de que no queda nada por hacer, “soy un enigma médico y no hay cura... y a nadie le importa”.

Todos tus problemas son patologizables.

Entre el desfile de especialistas a los que Ana ha recurrido, afirma que nunca ha ido donde un psicólogo y que tampoco se le ha ocurrido. Debido a “ese prejuicio en que el psicólogo no va a hacer nada por ti, porque uno siempre ve sus problemas como cuestiones patológicas, no como problemas de capacidad de cómo llevar las cosas como que necesita un apoyo, una guía o una visión diferente. Sino como que todos tus problemas son patologizables, hay que tratarlos con un médico y no con otro profesional de la salud”.

Relatando el trayecto de sus “problemas”, estos se manifiestan inicialmente como un adormecimiento en los dedos anulares, hace aproximadamente 10 años. Sentía un adormecimiento sin razón aparente y empezaron a doler, esto se extiende a las manos con el tiempo y progresivamente avanza por su brazo, primero el derecho, luego el izquierdo 7 días después “Ahí empecé a dejar de poder utilizarlos porque los usaba y me dolían”. El dolor se volvió entonces constante y no se detenía, “tenía la sensación que no se iban a pasar, no era un dolor normal, era un dolor mucho más profundo y distinto, a veces era insoportable”. A pesar de que varios médicos fallan en determinar “los puntos gatillo” en su condición, para diagnosticar la llamada fibromialgia, ella percibe que de eso se trata: “adormecimientos completos, no puedo levantar los brazos siquiera, también muchos problemas estomacales, vómitos, inapetencia, ando nerviosa, deprimida y además irascible cuando estoy muy adolorida, condiciones propias de lo que he revisado de la fibromialgia”.

Por la literatura, ella identifica “los puntos dolorosos”. Tiene días “asquerosos” y luego días mejores, “como se describe en fibromialgia”, pero indica no tener dolores en todo el cuerpo como otras personas que ya tienen la enfermedad más avanzada. *“Yo ya estoy empezando a tener dolores en las piernas, también tengo migrañas, dolores en la cara, en la mandíbula, dolor en la espalda”*. Reconoce sus dolores como distintos en intensidad e igualmente extraños, no resultan como otros dolores muy evidentes y pueden ser intermitentes, “de hecho se fue. Después se fue, durante un tiempo se fue, no apareció más y después apareció el dolor completo”. Duelen hasta los dientes, la presión del colchón sobre las caderas al dormir, de una rodilla contra la otra, además identifica dolores menstruales intensos que “se irradian” por las zonas que están próximas al útero (espalda, caderas, intestino). La expansión de los dolores a distintas zonas la ve como “la progresión de la enfermedad”.

Adentrándose en su historia ella finalmente intenta vincular determinados dolores a ciertos momentos de estrés por el trabajo y los estudios, y problemas en casa. A pesar de su necesidad de “patologizar” sus problemas desde lo médico, en un punto de la narración, Ana simboliza lo peculiar de la zona en donde inician todos sus dolores: el dedo anular. *“Dicen que es el dedo para representar el amor, el afecto... sí, es bastante extraño. Yo lo relaciono como a un dolor emocional muy grande. Tuve una ruptura de pareja con alguien, que fue muy dolorosa”*. Suelta entonces un relato muy distinto a lo planteado anteriormente: *“no es que estuviera emocionalmente apegada a esa persona, sino que yo tenía una relación muy tóxica con ella. Ella me manipulaba mucho. Estaba constantemente preocupándome de no hacer cosas que la fueran a molestar porque ella explotaba y me hacía sentir muy inútil, muy miserable, no podía soportarlo. Me sentía tan absurda, tan estúpida haber dedicado dos años y medio de mi vida en cuidar a una persona que solo me había utilizado. Después de eso es que empezó el dolor del dedo anular. Después de ese episodio”*.

Asocia fácilmente esta vivencia a los momentos en que ella participó de un colectivo feminista. Sintió abusos por parte de la presidenta de aquel grupo, por no cumplir una actividad que le había solicitado, que era de carácter personal: ayuda para transcribir su tesis sobre violencia entre mujeres. *“Yo estaba deprimida, tenía dificultad para cumplir con las tareas. Entonces, ella se molestó mucho porque según ella yo la había atrasado. Me dio un golpe seco en este brazo. Aquí, justo un punto que me duele de hecho. Porque yo le había fallado”*. Esta agresión la impacta de tal manera que va al baño a vomitar, ante “una cuestión tan violenta” se quedó pasmada, se asustó mucho. Tras tratar de justificar de varias maneras el por qué no pudo ayudar a la presidenta, añadiendo que después de todo no era su responsabilidad aquella diligencia, se resigna imaginando que “en el fondo, le fallé”.

“¿Quién lo esperaría de un grupo de apoyo entre mujeres? Pero, no me parece tan incoherente considerando que todas habían sufrido muchas cosas. También guardaban muchas penas en su interior. Todas cargaban con algo. No éramos un grupo saludable, éramos un grupo contaminado, enfermo”. Se decepciona tanto del movimiento que decide *“no volver a participar más y ser activista con la familia, con las personas que conocía”*.

Dolores emocionales muy grandes que se han visto manifestados en el cuerpo finalmente. *“Con poco conocimiento, poca ayuda de la gente. Uno no sabe de esas cosas hasta que se da cuenta, hasta que se rompió todo y no tuviste de otra que enfrentarte a tu propio comportamiento y descubrir que había hecho mal. Ahí aprendí mucho”*.

“No hay dolor más insoportable que el dolor ajeno”.

Sus experiencias con el dolor le han permitido además observar sus relaciones con los otros. *“Me ha costado hartito obtener la comprensión de las personas que me rodean. Como ellos no te ven padeciendo, no creen que estas tan mal. No me ven así”*. En su infancia y adolescencia no recuerda haber tenido problemas con su salud física, sin embargo puede identificar que convivía constantemente *“con una sensación de estar abrumada y melancólica y*

desesperanzada. No le encontraba el sentido a nada, me sentía sola". En casa, al crecer, percibe que las cosas no estaban bien. "Mi madre era muy autoritaria. Cuando éramos pequeñas mi madre nos golpeaba". Siente que esto la ha marcado en muchos aspectos: "el trato de la infancia dejó huella profunda en mi personalidad. Miedosa, tener la tendencia de que todo el mundo quiere lastimarte, tener a veces arranques de ira, como ella. Exactamente como ella. La incomprensión que recibí durante tantos años". Incluso al punto de no verse capaz de poder criar a un hijo actualmente, aunque comenta que tampoco tiene "interés por reproducirse de ninguna forma, no lo veo como alguna gente piensa de tener ese deseo de crear vida".

Es así que el malestar en casa, combinado con las nuevas responsabilidades de la adultez por el trabajo y los estudios, "vuelven más viviente" un cuadro de depresión mayor diagnosticado a finales de su adolescencia. Los antidepresivos la mantenían en un estado de sueño constante, la situación se vuelve crítica y debe abandonar sus estudios universitarios en la carrera de Historia del Arte. Dado que los medicamentos no le servían y no paraba de estar deprimida, "empecé a ver que otras personas a mí alrededor lo manejaban haciendo otras cosas, así que yo también decidí hacer lo mismo". Las flores de Bach le ayudaron más que la sertralina. Indica que "sale" de la depresión en el 2006, pero dos años después aparecen los dolores y con el pasar del tiempo se expanden.

A esto se suma el costo que implicaba incorporar esto en su vida y en la vida de sus familiares cercanos, quienes pensaban que era hipocondríaca. "Siempre les recordaba, porque a mí me atropellaron cuando era niña, con la fortaleza que pasé ese episodio, los dolores eran súper fuertes y yo no tomaba ningún medicamento. Que si yo hubiera tenido fortaleza para algo así, cómo no iba a tener fortaleza para soportar dolor diariamente". Afirma que en ciertos casos a las mujeres con fibromialgia "*las consideran flojas porque no hacen cosas, pero es que te duele la cosa más sencilla. Pero eso no lo ven, no te ven gritando de dolor o pateando el suelo retorciéndote pidiendo ayuda, no saben que te duele tanto*". Ana menciona en base a ello un refrán que dice "no hay dolor más insoportable que el dolor ajeno". Hace un énfasis particular en el hecho de que su familia no la ha ayudado de forma económica. "Estoy padeciendo, buscando salida y nadie, ni siquiera tus propios padres te ayudan ni con cien pesos para ayudar a tu recuperación".

En retrospectiva, Ana siente que siempre ha tratado de solventar la relación con sus padres, a pesar de todo: "estaba en una especie de cruzada en arreglar la relación de mis padres. Sea cual sea el problema que haya tenido yo, nunca dejo que eso nos separe. No tendré mucho en la vida, pero ese es mi logro, haberme unido a mi familia, tenerlos y valorarlos". Reafirma que sus padres la aman a pesar de que no puedan hacer mucho por ella. Por otro lado, ha sentido una mayor decepción hacia su hermana menor: "ella podría ayudarme. Tiene una posición bastante privilegiada, pero no me ayuda de ninguna forma". Dada la relación tan cercana que mantuvieron al crecer, decide escribirle un correo para manifestarle su padecimiento: "me junté con ella con bastantes esperanzas, dije esto va a ser nuestra oportunidad de acercarnos y que vea lo que yo tengo es serio y que necesito apoyo. Nada. Que lo lamentaba y nada más".

Se apena al pensar que no fueron criadas para estar distantes, "*todo lo contrario, durante toda nuestra infancia dormimos juntas y nos protegíamos una a la*

otra por mi mamá. Teníamos episodios violentos y yo la protegía, o mi mamá se ponía un poco loca y no me daba de comer, ella se robaba comida de la cocina y me la llevaba a escondidas” Eran “uña y carne” al crecer. Ana siempre fue muy protectora de su hermana, la cuidaba mucho, cuando salían la cuidaba todo el tiempo, después se preocupaba de que llegaran a salvo a casa. Gastaba su dinero en ella, le compraba cosas y le prestaba cuando necesitaba. *“Después que ella pudo tener su propio ingreso, me olvidó”*. Siente la relación con ella como hipócrita, ya no le importa mucho escuchar sus logros en el presente, “no puedo retribuirle con mi interés a alguien que siento que no le interesa ni siquiera esto. Si ella estuviese en mi lugar, yo estaría desesperada buscando algo para ayudarla”. En la infancia y adolescencia, lo único que tenían era una a la otra, y ahora no lo siente así.

La madre de Ana tiene la característica de ser una mujer muy saludable (físicamente): “pareciera de esa gente que no se permite enfermarse”. Por otro lado, reconoce los atributos de su padre, lo considera una buena persona porque ayuda a sus hermanos, en especial cuando han enfermado: “por eso, igual, me sorprendía que me hayan dejado sola. Como si me hubiesen culpado, de alguna forma, de lo que me pasó, como si me lo hubiese buscado, no sé por qué”. A pesar de que paulatinamente ha logrado que su familia reconozca que sus dolores no son una invención, explicitando que son severos y la deterioran progresivamente, ha tenido que hacer alusión a la figura de un tío paterno que sufrió distrofia muscular “y duró súper poco, sin ningún apoyo de la familia”. Los padres de Ana fueron los únicos que acompañaron a su tío cuando la enfermedad ya había avanzado y estuvo postrado, “iban sagradamente a bañarlo, peinarlo, alimentarlo”, hasta que fallece. *“Yo siempre trato de recordarles su figura, su relación conmigo, su historia y la mía para que estén conscientes de que esto es real y que puede ir progresando al punto de que yo no me pueda mover, que tienen que estar y que tienen que apoyarme”*.

Ana siente que debido al deterioro de su salud, no ha tenido “el éxito académico ni laboral que hubiesen esperado de mí, porque siempre me fue bien en el colegio. Siempre fui premiada por las cosas más absurdas. Entonces, es como que siento que los decepcioné. Ahora ellos dicen que esas cosas no les importan, pero mi hermana ha conseguido esas cosas”. Sin embargo, resalta que sus padres no la celebran de manera particular, sus hijas son iguales a sus ojos y “no la ven mejor a ella por tener las cosas que se supone que yo debía haber tenido”.

En este tiempo con el dolor he tenido más momentos de fortaleza y felicidad que antes.

La parte que más la problematiza en momentos actuales, después de una década de convivir con sus dolores, es la misma desintoxicación que está teniendo que sobrellevar por sus intentos de hallar un alivio: “en el fondo, ser adicto a algo es una porquería”. Pero incluso, da un lugar de trascendencia y valorización a la experiencia de dolor “estas cosas te hacen valorar mucho la vida. Antes las cosas pequeñas no tenían sentido y ahora sí. Cualquier cosa, poder salir a la calle, tomar un poco de sol es como una bendición. No es que sea religiosa, sino una expresión que me parece adecuada en este caso”. Previo al dolor, no recuerda haber sido “una persona ni dichosa, ni completa, ni optimista, para nada (voz quebrada)”. Su

“historia detrás del dolor” viene cargada de relaciones de amistad y familiares dificultosas, incluso violentas. *“Siempre he sido como con problemas mentales, nunca me he sentido bien. Solo ahora en el último tiempo, como requiere fortaleza esto, al final te armas de valor para poder soportar el dolor y empiezan las cosas a ser más brillantes, les veo el lado bueno a las cosas simples. Como que tengo muchas más ganas de vivir que nunca antes. Extraño ¿cierto?”*. Viendo así una instancia para finalmente apropiarse de una vida a través de ello.

Su pareja con la que convive actualmente ha sido un sostén clave en su vida. Llevan una relación estable de 10 años, ella se dedica a la veterinaria y salud pública, “como ella es médica, aunque no sea médica de humanos, pero tiene mucho conocimiento”. Juntas leen papers sobre sus padecimientos; la ayuda así, junto con su otra compañera de casa, a lidiar con planes de salud con alimentación, con estilo de vida relajado, con estiramientos corporales, incluso practican yoga “cuando puede moverse”. Eso es lo que tiene ahora, después de haber perdido toda esperanza en el sistema médico convencional, y que de hecho la sostiene.

Al hablar de su pareja lo hace desde un lugar de afecto: “es todo para mí. Ella nunca mereció lo que yo estaba padeciendo, nunca dudó de mí y siempre me ha apoyado hasta ahora” La considera una persona muy generosa, colaboradora hasta con sus padres. En ese sentido, han tenido una relación positiva, a pesar de que su madre “tenía problemas de homofobia”, actualmente mantienen una relación cercana y es “otra hija más”. En el camino, Ana manifiesta que en toda su vida “estuvieron pseudo encontrándose” con su pareja. Desde que nacen en el mismo hospital, estudian en el mismo colegio, crecen en el mismo lugar, y no es sino hasta que Ana logra salir de su relación conflictiva antes mencionada, que finalmente logran acercar sus vidas.

Las pocas discusiones que han tenido la lastiman física y emocionalmente, sin embargo “hemos logrado encontrar formas positivas de comunicarnos, de apoyarnos en los momentos difíciles. Fue para mejor porque nos sirvió para darnos cuenta lo mucho que nos valorábamos, que al final nuestra relación era positiva y que solo había pasado por un periodo malo”. Alega que a las personas les cuesta hacerse cargo de sus propias responsabilidades en ocasiones, y tienden a culpar a los otros. El intercambio que tiene con su pareja es íntimo, en el sentido que para ella evoca a lo afectivo “para mí es como apoyo, es compromiso. No importa lo que pase, todo es conversable, comprensible. Aunque una se enoje igual, sufre, se siente mal, está distanciado pero siempre está ahí igual tratando de buscar la forma dentro de uno de superar, perdonar”.

Al perder su habilidad para usar las manos, pierde una parte que le representa el afecto, el acercarse a los otros, hacer lo que le gusta, sus manos a la vez “son todo”. Siempre se pregunta por el significado de sus dolores, no halla una respuesta concreta, pero ellos le permiten posicionarse en un lugar de trascendencia: “solo sé que he comprobado que tengo la fortaleza suficiente para poder lidiar con esto, que no pienso en morir como alternativa de que ya no doy más. No lo veo, sigo queriendo vivir, sigo buscando la forma de mitigarlo”. Apoyándose en su pareja y su compañera de casa, quienes la ayudan en todo, desde hacer los quehaceres hasta ayudarle a bañarse cuando es necesario, “son las personas que cualquier enfermo quisiera tener en su vida. Por eso, es por ellas que yo sigo adelante. Lo que ha significado es eso, valorar mucho la vida, las cosas

simples, tratar de ser feliz a pesar de todo”. Conoce a personas que, sin ninguna dolencia, no saben valorar lo que tienen “completamente superficiales e ignorantes de los problemas del mundo”.

Vuelve entonces al encuentro con los médicos alternativos, que a pesar de que te ofrecen soluciones infalibles, en el fondo se desentienden de todo lo que te ocurre. “Entonces, tú les haces más preguntas para ver que más podrías hacer para poder contribuir en tu salud. En el fondo, uno siempre está buscando tratar de sentirse aunque sea un poco mejor de lo mal que se siente”. Encuentra común de las personas el querer escapar del dolor: *“El dolor es una cosa muy extraña, es como de lo que los humanos huyen como si fuese el dolor, no creo que haya otra palabra que describa algo de lo que el humano huya más después de la muerte”*; gente que teme a los pinchazos de agujas, siendo que ella tiene que hacerlo cada media hora, se vuelve nada para ella “esos dolores no se comparan a lo que siento”.

Considera que fue una persona muy hábil, “sin dolor sigo siéndolo”, le gusta el arte, el dibujo y la escritura. Le gustaba escribir sobre temas oscuros y melancólicos, en un punto publicó un blog donde la gente la visitaba y compartían opiniones. Recuerda un pasaje de su infancia en que una de sus profesoras la motiva a que sea dibujante al ver su potencial *“me dijo que yo tenía talento para esto y le hice caso, ¿por qué no? Cuando ella me dijo esto como que me pareció coherente que yo tenía un talento que podía explotarlo y sentirme cómoda en eso”*. Muchas de sus aficiones se han reducido completamente, siendo sus manos “la parte más importante de mi cuerpo después de mi mente”.

Se ve como una persona introvertida, que incluso le afectan los ruidos muy fuertes o las personas agresivas “suelo sentir esa energía en mi cuerpo y siento dolor en mi cuerpo”. Las interacciones sociales tumultuosas la agotan extremadamente. Además siente que tiene una particular sensibilidad respecto de los dolores del mundo, que en ocasiones se traducen a su cuerpo: *“esas cosas me duelen mucho. Siento el dolor en el cuerpo. Súper extraño. Tengo como una sensibilidad muy grande”*.

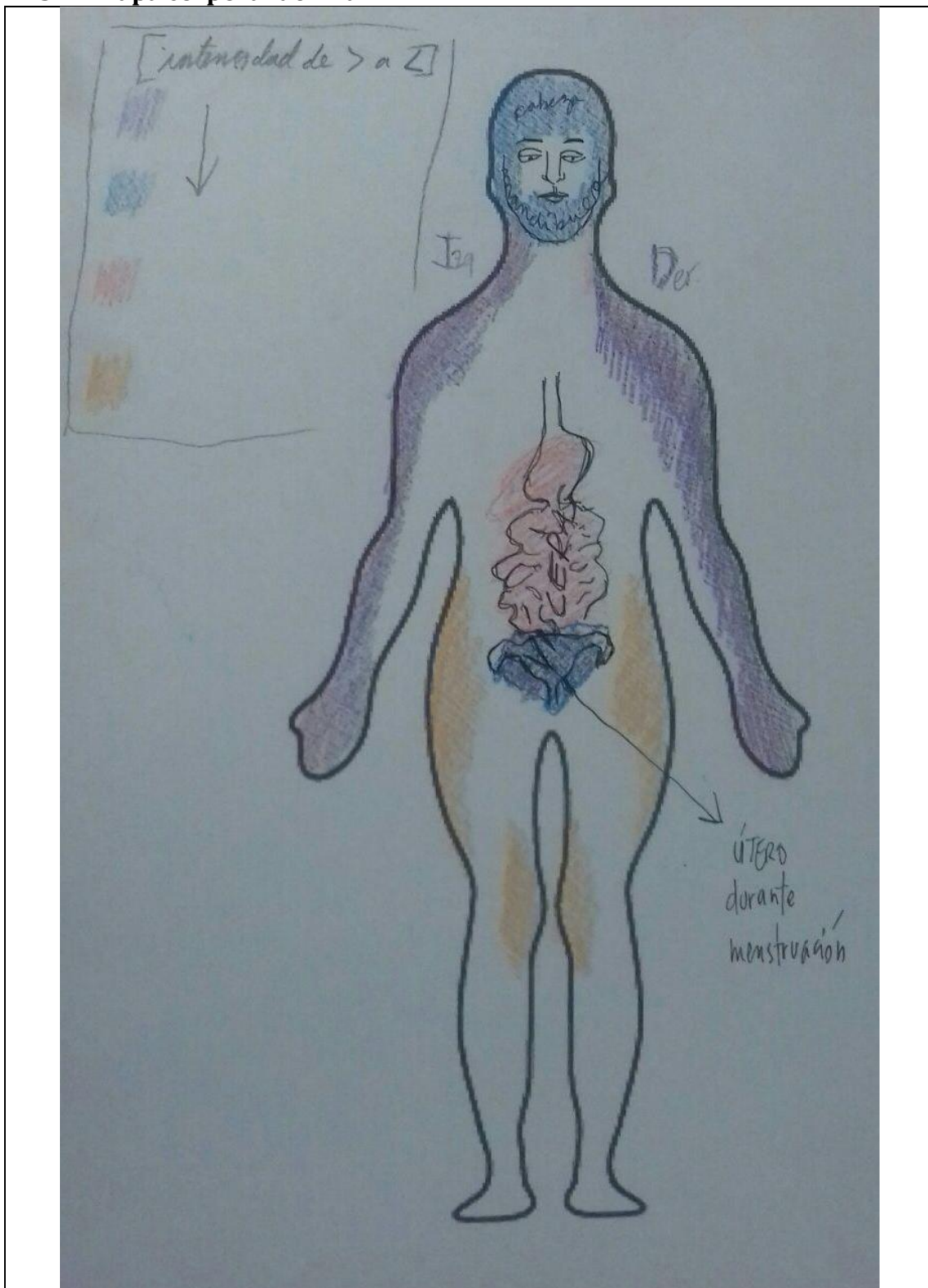
Toda la gente padece en el mundo distintas situaciones.

Ana percibe que en épocas actuales “no es fácil ser humano”, por ende la vida le duele mucho: “las injusticias sociales. Yo soy vegana, no como animales por el sufrimiento animal. Duele mucho ver a gente sufriendo en la calle, gente pobre. Siempre estoy donando plata que no tengo porque gasto mucho en medicamentos”. Aboga por la causa feminista, ambientalista y de derechos humanos: “toda la gente que padece en el mundo distintas situaciones”. Para ella no es fácil ser mujer, tener una condición de salud, es súper difícil también tener discapacidad en este mundo, tener pocos recursos económicos le resulta nefasto: “siento que todo el entorno en el que vivimos es desventajoso para las personas como yo y las otras que comparten mis características y otras características diferentes como las mujeres indígenas, incluso las de color, las inmigrantes”.

Así es como al entorno social lo ve con desesperanza, *“eso es lo que me provoca todo esto, me provoca temer, me siento insegura. Aparte que yo no soy heterosexual, también siento ese miedo. Con mi pareja no tenemos ninguna interacción pública que nos pudiera poner en peligro porque nos da miedo la*

reacción de las personas”, al haber tantas muertes sin razón, solo por odio. A esto se le suma que suele tener sueños vívidos de destrucción y matanza, que no ha vivido a priori: “pero he tenido sueños vívidos con lo que pasa en los mataderos, con lo que pasa en guerras que no he visto ni siquiera en televisión. No sé cuál será la razón de mi conexión con estas cosas, pero siento mucho dolor”. Proyecta en sus sueños el desmembramiento y encarnizamiento de los cuerpos despellejados de los animales en el matadero, el huir despavorido de la gente al llegar los aviones de guerra, mientras los que van quedando atrás pierden sus miembros por las explosiones. Es como si fuese espectadora de todo ese horror que está sucediendo en el mundo, mientras ella lo presencia, y al despertar asustada después de afrontar la crudeza de lo real en sus pesadillas: “no le queda más que decir”.

4.5.1 Mapa corporal de Ana



Mapa Ana (33)

En este mapa se destacan los rasgos que marcan el rostro, Ana resalta un fondo y una superficie en sus trazos, el contorno de la cara y sus facciones indican un lugar masculino. Es notorio que busque ubicarse dentro del mapa

señalando las lateralidades y el esquema que ella se propone para delimitar sus padecimientos según su intensidad, como si en medio de todos ellos emergiera una producción que no la incapacita, la impulsa a buscarles un sentido.

Estos trazos más marcados con plumón surgen en el momento de la entrevista en que ella logra conectar y descubrir algo de su historia en lo mítico que le ha resultado su dolor, tiene un potencial creativo importante para representarse, para consolidar una imagen corporal y para relacionarse con los otros a partir de su experiencia vital.

Así como existe una necesidad de dar un orden a su sentir, se refleja una necesidad de cuidado, de ser reconocida y así constituirse. Tiene una corporeidad más construida, contrario a los otros mapas; emerge una búsqueda de su identidad, mayor exposición y visibilidad para transmitir a los otros. El rostro es así la necesidad de comunicar, tiene elementos para describirse, corrige sus trazos cuando percibe que se equivoca; porque guarda una imagen clara de sí y de una jerarquización de su dolor, que tiene un componente histórico.

Discusión

La presente discusión será expuesta por casos individualmente, dado que la producción del relato y sus devenires, responderán en mayor medida a la construcción subjetiva de cada participante. Si bien existen marcados puntos de encuentro en que se conjugan sus experiencias en un sentido teórico, se considera que la organización por casos será más enriquecedora haciendo hincapié en sus particularidades.

Katherine

El relato de Katherine da cuenta de somatizaciones ligadas mayoritariamente a la angustia, la tramitación de afecto se ve internalizada y no permite que la descarga se dé hacia el exterior, por lo que la vía somática es el espacio de su padecimiento. Al buscar una idea o representación para la emergencia de las dolencias físicas, en particular de los problemas gástricos, ella piensa en los problemas cotidianos y el nerviosismo inherente a su forma de ser. El trabajo de Freud respecto de las neurosis actuales (1893) podría traducir la experiencia subjetiva de Katherine.

Es notorio que existe una transformación en la trayectoria biográfica de Katherine, en el momento en que surge la enfermedad, que coincide con la concepción y nacimiento de sus trillizos y la evidente carga de trabajo que aquello implica. Es un momento en que se juegan elementos angustiosos respecto de su salud, del cuidado de sí misma y de sus hijos; además de la expectativa y posterior desilusión por la posibilidad de una infertilidad, que fue desmentida en aquel momento. En una primera instancia, ella asume su tratamiento para la fertilidad de modo más bien pasivo, posiblemente debido a la incertidumbre y desazón que la situación le generaba. En el momento en que se confirma el embarazo, ella lo compara con una sensación parecida al desfallecimiento, que traduce el momento en que esta posición de incertidumbre se transforma en una certeza que implica una carga de trabajo muy concreta, lo que aporta un quantum energético que precipita un cataclismo para ella.

El acontecimiento del parto es referido como un miedo profundo y constante, traducido en modelos psicoanalíticos clásicos como una angustia frente a lo desconocido. Además, se corrobora que la enfermedad no puede dissociarse de la propia biografía, siendo la vida una exigencia de trabajo que termina teniendo un costo en su salud: en ciertos pasajes del relato, Katherine asocia la enfermedad con ciertas maneras de vivir, con el costo propio de la vida y sus exigencias.

En otros fragmentos se da un lugar preponderante al valor de la imagen de sí y la necesidad de reconocimiento por parte de los otros como un enmascaramiento de su padecimiento, en el sentido de que es producto de su esfuerzo constante, es su “medalla” a su tenacidad incansable. Por ello, se observa que hay una efectiva valoración de los estados de salud y enfermedad en la vida de esta participante, hay un registro de la imagen de base (lo que debería esperarse de un cuerpo viviente sin alteraciones) como referencia primordial.

La escena que evoca Katherine respecto de la miseria, el trato displicente de

los otros hacia sí misma, genera una crisis afectiva que, por no lograr traducirse a otro registro, deviene en un malestar corporal significativo, que la lleva a reclamar en otras instancias un reconocimiento a ese dolor, evocadas en la figura de la visita a los médicos, encuentro que –nuevamente- no le brinda el reconocimiento y valoración que anhela.

Hay una dimensión económica que bordea el caso de Katherine, la idea de “sentirse cotizada” en su trabajo refleja parte de su percepción en torno al equilibrio narcisístico que la sostiene. Esto se conecta con su relato sobre su historia familiar, en la que anhela tener un lugar representativo y salir de su situación desfavorecida, una “sangre azul” que evoca a la vez una falla en su organismo y una fantasía de haber tenido otro destino. Hay una posible imposición de un relato hegemónico en relación con una infancia feliz, que probablemente no lo fue tanto: la referencia al “pasar hambre” al crecer enfatiza un elemento displacentero que no logra ser abandonado y que parece prolongarse en los dolores de colon de la adultez.

Para este caso, el valor que otorga al discurso médico parece derivar del hecho de que implica un costo real, teniendo que pagar para que sea valorizada la atención y la palabra del especialista. Es necesario que existan exámenes para que la evaluación médica tenga algún tipo de fundamento, como una muestra palpable y concreta de que está siendo atendida, rescatando así un indicio de la materialidad de su propio cuerpo. Ella constantemente busca que se dé un lugar a su perspectiva sobre su padecimiento, pero como los médicos la desacreditan, esa percepción permanece apremiante y reiterativa.

Esto es acompañado de un fuerte desconcierto frente a la no respuesta de los médicos, a pesar de que ella perciba una anomalía en su organismo, lo cual es tristemente corroborado en su trayecto posterior a la fase de entrevistas, en que es internada de emergencia por una insuficiencia cardíaca: el caso sugiere que, al tildarla de una paciente “nerviosa”, los médicos no estimaron conveniente profundizar en sus sintomatologías cardíacas, de las cuales surge una patología real y una disfunción orgánica que debía ser atendida y revisada oportunamente. Esto coincide con los planteamientos respecto de la violencia de género en la atención de salud, los cuales corroboran que existe una displicencia al momento de tratar las sintomatologías de las mujeres que acuden a las consultas, etiquetándolas como de carácter psicológico y, por tanto, minimizando la efectiva problemática detrás (Mountian, 2007; Das, 2008).

En otros momentos del relato se puede ver que su dolor corporal parece denunciar ciertas injusticias que han ocurrido en su historia y se mantiene vivo ya que, a pesar de que ha podido denunciar activamente situaciones negativas, apelando a un orden en que el otro responda y esté a la altura, estas no llegan a resolverse efectivamente ni ella es reconocida al hacerlo. El dolor vendría a ser correlato de lo que, en su denuncia, no logra ser tramitado. Ella apela a un orden del reconocimiento mucho más basal, y parece tener consciencia de ello.

Las problemáticas familiares actuales (problemas con sus hermanos varones y la expropiación de la casa de su madre) resultan otra fuente importante para sus padecimientos, sin embargo no están aún ligadas al discurso en torno a su enfermedad tan claramente como el acontecimiento del nacimiento de sus trillizos. Estas evidencian otra forma de machismo y violencia patriarcal, en la que la madre

privilegia a los hijos varones y desestima y relega a las mujeres: a pesar del apoyo concreto que ella vendría a representar para su madre, es testimonio vivo de haberse visto postergada y desvalorizada.

Agustina

El relato de Agustina viene cargado de una representación de cómo el mundo se expande en la adolescencia, cuando al salir del colegio comienza a conquistar otros espacios (“empecé a respirar más”), lo que acarrea nuevos conflictos en su relación con los otros. Pero esta etapa resultará en el inicio de sus dolores corporales. La exploración propia de la adolescencia resulta problemática para Agustina.

Lo que más “chisporrotea” en la adolescencia es la irrupción de la sexualidad genital. Al iniciar una vida sexual activa, presenta algunas infecciones de transmisión sexual, quedando esta dimensión de su vida sin poder ser incorporada de una forma que trascendiera del registro de lo infeccioso. El encuentro con el otro, para Agustina, parece entrañar una toxicidad.

Al hablar de su primera relación sexual y de lo intempestiva que resultó para ella, una moción pulsional insiste al reírse de aquel recuerdo, dando mayor valor al enunciado, pero ubicándolo explícitamente en su discurso como si se tratase de un evento de poca importancia. Aquí se pone en juego el encuentro/desencuentro con el otro del otro sexo. Los términos de lazo social son retraducidos al lenguaje de la infección, códigos de gérmenes que entran, sistemas de protección que habría que activar; como si, en algún punto, no pudiera hacer esa experiencia.

Su pregunta por la fidelidad se traslada al orden de las infecciones, de los gérmenes, de dónde provienen, el orden de lo erótico parecería quedar apuntalado a la experiencia de lo biológico. Como si ella hubiera podido tramitar su experiencia de infidelidad con exámenes médicos, sustituyendo la posibilidad de elaborar la decepción.

En la imagen funcional muestra que, allí donde la relación con el otro se vuelve tan problemática, instala aquel síntoma infeccioso (de la cistitis) para su resguardo, hace alusión además al pololeo y de inmediato habla de la experiencia invasiva que implica una colonoscopia, como si en algún registro las conectara, en tanto que irrumpen en su cuerpo de forma avasallante.

Emerge entonces una relación distinta con su cuerpo, descrita en este caso como placentera en la infancia. Como indica Rassial (1999), en la adolescencia se transforma la imagen del cuerpo que se constituye en etapas del desarrollo previas, e inician nuevos vínculos con los semejantes. Cuando ocurre la primera decepción amorosa, luego del inicio de su vida sexual, la dinámica que se instala en la adolescencia la desestabiliza, habiendo allí un punto conflictivo en que ve vulnerada su confianza de forma muy dolorosa y que se mantiene hasta el presente, a modo de enfrentar que el otro puede engañarla.

Es importante la sensación que describe de una escasa interlocución con sus padres, que se reproduce en lo frustrante de la secuencia de médicos, pues tendría relación con haber esperado que allí se encontrara un lugar de intercambio que los padres no estaban pudiendo sostener. El cuidado está asociado a la falta de este por parte de sus padres, en su momento de “adolescencia bruta”.

Se observa además una identificación al padre, en sentido de que Agustina mantiene la idea respecto de que hay una toxicidad inminente en el intercambio con los otros, en circunstancias que su padre padece una fobia a los gérmenes desde que ella puede recordar. Esto se rectifica cuando Agustina habla de una escena en su adolescencia, similar a una crisis de pánico, cuando se encontraba con su pareja de aquel entonces: ella temía haber sufrido una crisis epiléptica similar a las de su padre, pese a saber que aquella condición no era hereditaria.

Después de la adolescencia, siente que de cierta forma resigna el ser escandalosa y el ser “cuática” en el entorno familiar, a costa de que emerjen sus dolores físicos. Describe una relación disfuncional con su familia, en particular una relación simbiótica con su madre, se refiere a que el intercambio con ella ejerce una función de “autoregulación” de sus estados anímicos en la adultez. También indica que ocurren transformaciones luego de que su hijo nace, las que se producen fundamentalmente en la experiencia de la manifestación emocional.

La adolescencia implica una necesidad de emerger en una distinción, una singularidad, de poder formularse una pregunta propia, a la que, para su frustración, se le ha respondido de manera genérica en el espacio médico. En las atenciones médicas hay un aspecto que no se completa, que tiene que ver con el valor de hablar, de mantener un diálogo. Para Agustina no habría una conversación en aquellos espacios en que se le examina el cuerpo, aunque resultaría vital para ella. El dolor podría traducir una misteriosa necesidad de hablar con alguien, como si cuando sintiese más dolor es cuando más necesitara que hubiese alguien con quien hablar, al contrario de otros casos frente a una crisis.

El caso también sugiere que existiría un factor cuantitativo relacionado a la experiencia del dolor y al conflicto actual que atraviesa. Además de ello, el relato instala un valor relevante a la posibilidad de asistir a un espacio psicoterapéutico, ya que la representación detrás de ese supuesto implica un sentido, dado a que el dolor respondería a conflictos que ella no puede nombrar de otra manera.

Al hablar de sus problemas respiratorios, Agustina describe algo similar a lo que sería el lugar físico del síntoma (Assoun, 1998), como encontrando un conflicto importante que es esta propia necesidad de poner en palabras algo que aún le resulta desconocido pero que la aqueja constantemente, despertándose dicha idea al momento de verse falta de respiración, mientras continúa tosiendo en aquel pasaje de la entrevista.

Manifiesta una teoría subjetiva respecto a “tragarse las cosas”, no decir las provocaría una respuesta a nivel corporal. Presenta además otras teorías de su enfermedad y posibles tratamientos: “yo creo que tiene que haber como una atención a lo emocional más que a lo biológico, al remedio y todas esas cosas”, sus dolores son percibidos como “aviso de que estoy mal, de que tengo que hacer un

cambio. De que tengo que ver qué me está pasando y tratar de estar más tranquila nomás”. Le sirve entender que, a pesar de notar que ciertas respuestas son genéricas o vagas, cada parte del cuerpo contiene una explicación al enfermarse, lo que evoca a la tesis de Sontag (1977) del uso o constructo que tendrán las enfermedades como metáforas para aliviar la necesidad del sujeto de comprender su padecimiento.

Detalla que las dolencias corporales implican un no poder verbalizar, sin embargo, indica tener una expresividad emocional más bien explosiva, como si tratase de sostener un ideal respecto del cual está fallando, o si esto fuese una manifestación de su deseo. Lo que a ella le gustaría poder hacer con sus emociones (poder sacarlas para que el cuerpo no tenga que avisar) es poco coherente, allí donde manifiesta que la causa de la enfermedad es el guardar silencio. Ella se define como explosiva, que bota todo para afuera, por ende llama la atención que esté haciendo el trabajo de poner un dique a eso y de todos modos se enferme tanto.

Esmeralda

Las significaciones respecto del dolor corporal de Esmeralda resultan heterogéneas con relación a su lectura teórica. Por un lado, menciona que ciertos dolores emergen al no advertir sus necesidades básicas (cuando tiene sueño o hambre, le vienen jaquecas); cuando algo del orden de la pulsión autoconservativa es desatendido, el dolor aparece como una especie de señal primaria o arcaica de algo de lo que hay que ocuparse para la supervivencia.

Por otro lado, le otorga una cierta autonomía a sus dolencias, como un desencajamiento del control yoico: “todo funciona bien pero cuando quiere”. Parece que este cuerpo que ella imagina puede transferir los dolores de una zona a otra de forma inverosímil, también es capaz de registrar cuando ella siente desagrado. El dolor del cuerpo la moviliza a reaccionar ante situaciones insatisfactorias, que parece no percibir desde lo consciente. Su cuerpo realiza, antes que ella o por ella, una operación de expulsión de aquello que le resulta displacentero, que no está muy subjetivado: el cuerpo se pone en movimiento y no es que ella rechace o se resguarde activamente.

Otras de las múltiples dolencias de Esmeralda remitirán, en su historia, a situaciones emocionales, a descargas de afectos, incluso a pérdidas y duelos, pero esto se complejizará a medida que se adentra en su relato. El tema del sobrepeso, por ejemplo, aunque no implica un dolor corporal per se, es central en el relato de la participante; dado que de esta transformación de su imagen del cuerpo surgen varios recuerdos de su infancia, que han moldeado su historia y permanecen ligados a afectos importantes. Igualmente, la sobrealimentación en la infancia indica que algo del orden de la dimensión autoconservativa de la pulsión también se hubiese exacerbado. Así, también demandaba ser vista con sus acciones, en un hogar en el que al parecer no sentía tener un espacio.

En la infancia, el dolor constituía un elemento angustiante para ella, al punto de inhibirse en ciertas actividades para no lastimarse, lo cual resulta paradójico ya que las conductas de atracones y malestar subsecuente la llevaban a visitar hospitales continuamente, ansiando ser vista por su madre. Posteriormente, incorpora aquello como un modo de lidiar con situaciones angustiantes, y finalmente llega a convivir con sus múltiples dolores corporales que la representan. Esmeralda se ve dispuesta a soportar una enorme carga encima para poder responder a la demanda del otro, como en la escena en que lleva todos sus libros a diario a la escuela, demandaba una inscripción en el campo del deseo del otro.

Si bien no es una posición subjetiva que le permita un placer en términos freudianos, es como si sus dolores remiten a su propia vida: colecciona encuentros, desencuentros, rupturas, muertes que quedan inscritos en su cuerpo. Le es posible traducir su experiencia a partir del dolor. De igual manera, logra transformar ciertas actividades que afirma le resultan agradables en displacenteras, como el cuidado de plantas y el tejido, para mantenerse en estados de tensión y poder seguir afirmándose en su dolor.

Siendo la única entrevistada que menciona a las alergias como fuentes de dolor corporal, se puede recordar el trabajo de Sami Ali (1989) respecto de que se trata de dificultades muy primarias en la relación con el exterior, lo cual ella corrobora en su experiencia de rechazo e inminente polución de su entorno: algo de lo que es incorporado por medio de la alergia, representa esa propia toxicidad externa que altera y amenaza desde el interior.

La relación que tiene Esmeralda con sus médicos es muy particular a los casos observados en esta investigación, ya que ella no sólo es la única que halla placentero el encuentro con médicos y concurre con agrado a numerosas consultas, sino que logra establecer otra dinámica con el especialista de salud. Por una parte, encuentra una cierta complicidad con sus médicos de cabecera, buscando establecer un diálogo con ellos que le lleve a descubrir más allá de lo que conoce de su patología; buscando así adquirir un saber respecto de su padecer, que lo organiza y muchas de las veces logra que ese dolor ceda. Evidentemente, en estos encuentros ella busca a alguien que ejerza una función de tuición, de cuidado, que con sus medidas autoritarias también la sostenga. Es así como el encuentro corporal con estos médicos y sus tratamientos, si son de su confianza, le resultarán placenteros.

Además, recurre a la medicina como un saber que puede otorgarle una lógica a su dolor, y permite entender por qué razón ella siente que gana en el contacto con los médicos. Lo que ella encuentra en el saber médico -además de un sentido, que podría quedarse solo en el plano de la resignificación- le permite un dominio sobre sus padecimientos, ella sabe qué cosas hacer (independientemente que unas veces lo haga y otras no). Recibe y construye una comprensión y un dominio respecto de sus enfermedades.

En tal sentido, parece ser la participante que tiene la experiencia más satisfactoria con el diálogo con la medicina, a través de las operaciones que ella

hace con ese saber, no así con la psicologización de su padecimiento. Recordando la escena de sus sesiones con la psicóloga, parece ser que en la medicina ella encuentra un espacio de diálogo, de debate, que le permite tomar una posición. Tiene que ver con el lugar que le concede al otro, el otro le ayuda y le brinda un saber que a ella le permite una operación que la sitúa de un modo distinto respecto a su padecimiento, siempre y cuando al otro le reconozca un saber, reconocimiento que aparentemente no fue concedido a la psicóloga.

Pese a esto, se ve confrontada a la imposibilidad de encontrar una lógica que organice todo (y más sus propias dolencias), encontrándose en momentos en situaciones imposibles y contradictorias, no sabiendo cómo obedecer las indicaciones de sus amorosos médicos que la invitan a relajarse y a la vez a mantenerse activa. Además, vinculada a esa exigencia de saber y aprehensión de lo médico por encima de lo psíquico, parece quedar en un círculo vicioso de enfermedad.

En este sentido, Esmeralda logra conquistar una posición privilegiada en el campo del otro, similar a los momentos en que encuentra satisfacción en su entorno laboral, siendo “la reina madre” frente a sus semejantes; lugar que no logra consolidar en la novela familiar, en especial en la dinámica con su madre, quien a propósito de las experiencias de dolor también propone ciertas ficciones en tanto a su salud, y es imagen de una existencia doliente identificada al lugar de ser quien pena por el amor y el abandono.

Ahí donde ella podría haber conquistado otro lugar de privilegio respecto de la relación que tiene con su sobrina, y que en algún momento llega a ser escuchada por los otros como ella, instalándose un lugar de madre en relación con esta niña. Parece ser que cuando se rompe esa ilusión o esa ficción ella padece fuertemente, de hecho vincula la agudización de los dolores con ese momento.

A pesar de verse envuelta en una dinámica familiar que la insta a mediar situaciones conflictivas y de la insatisfactoria relación con su madre, ella logra conquistar un lugar diferente, pero sus dolencias físicas dan cuenta de cuán fuerte la golpean los afectos en su vida cotidiana: “con el cucharón te vas pegando en la cabeza”. Al margen de los obstáculos y numerosos intentos, ella busca conquistar una vida que no sea “una emergencia”, a propósito de su trayecto biográfico.

El lugar que ocupa la enfermedad, en el caso de Esmeralda, es el de ponerla en movimiento, rescatarla de momentos de mayor displacer que su yo no reconoce, a la vez que la invita a hacer cosas nuevas, dejar de hacer otras y mantenerse en actividad.

Ella también reconoce el valor de la palabra y del otro que escucha activamente, como “sacarse un peso de encima”, perder kilos al desahogarse. Por lo mismo, identifica un habla más banal, que a ratos puede utilizar para distanciarse del otro, pero al referirse a un diálogo cargado de subjetividad, de compartir su sentir íntimo, es notorio que se reservará el hacerlo para espacios en que sienta que su descarga será efectiva.

Lejos de la psicósomática clásica, Esmeralda instala algo de otra naturaleza, propone un cuerpo que expresa el sufrimiento psíquico, pero que también se ve

afectado por el ambiente, químicos, por la alimentación, un crisol que revela la amplitud y complejidad de establecer una causalidad exclusiva a los fenómenos corporales.

Además, incorpora otra propuesta similar a la de Agustina, en el sentido que comparte Sontag (1977) respecto de las metáforas que propone el sujeto para enfrentar su enfermedad: “la cabeza manda”.

Como una manera de enfrentar esa noción del entorno altamente amenazante, de neutralizar ciertas amenazas percibidas por ella, es que opta por vivir siempre con insecticida y junto a sus pastillas anticonceptivas. Entra en juego la imagen funcional del cuerpo en el caso de las alergias y la obesidad, esta última percibida como una coraza, ya que existe una dimensión persecutoria del partenaire masculino. Incluso se observa una subjetivación en claves cercanas a las freudianas respecto del dolor y a la pérdida en la feminidad, la pregunta por el ser sexuado, notando que mantiene su feminidad a resguardo del entorno, afectada por las injusticias sociales.

De cierta forma ella conoce que adopta una forma de tramitar los conflictos que le provoca mucho sufrimiento, pero pareciera no ser capaz de abandonarla. Por ello, las palabras finales que le dedica a su mapa corporal (“déjate de ser wea”) es su manera de pedirle a este cuerpo erogenizado que se ordene y pare de gozar, con una cierta resignación ante un posible fracaso.

Marta

Marta es la primera entrevistada que hace referencia a la herencia genética en la organización de sus dolores corporales, respecto de la disfunción en su tiroides que la aquejó desde la adultez temprana, con alteraciones importantes en su estado anímico. Estas alteraciones emergen justamente en el momento en que inicia nuevas etapas en su vida, contrae matrimonio y descubre que su sensación de desmotivación y tristeza venía ligada a una cuestión hormonal, aunque no descarta la implicación de su momento vital en aquel entonces.

Es así como su relato se amplía y hace saltos hacia diferentes registros del cuerpo, mencionando el valor de lo psicológico y su incidencia en las afecciones corporales, pero también reconoce las disfunciones de origen orgánico que han adquirido un sentido personal con el pasar del tiempo. Sumado a esto, refiere otra teoría explicativa a ciertos padecimientos, más cercana a la escuela psicósomática clásica, mencionando que una alteración mental o emocional se verá traducida directamente al registro de la enfermedad orgánica.

Esta trasposición de los registros del cuerpo “la cosa psicológica la trasladé al estómago”, hace alusión a un orden económico o pulsional que, en la medida en que lo que no se tramita por las vías psicológicas se traslada a modo de una trasposición al cuerpo, entra en juego la imagen del cuerpo y su preservación como aún funcional.

En su adultez temprana, Marta instala su condición rebelde y aparece también la idea del cuerpo como un obstáculo: algo que le impediría hacer las

cosas que ella quiere, algo que hay que cuestionar o subvertir. En su relato aparece también, de forma significativa, otra referencia freudiana al cuerpo: ese cuerpo en desfallecimiento, que implica un dolor narcisista frente a la pérdida de la fuerza y la juventud. Esto viene acompañado de la propia exigencia que le impone el cuerpo, de mantener más cuidados del mismo, lo que pudo haberle permitido transitar desde el aspecto doloroso del envejecimiento hacia una cierta liberación (dejar de pintarse las canas), algo que ella también gana con la tercera edad, en términos de ir tramitando un duelo.

Hay una carga importante de adversidad y una serie de dolores vitales, el nivel de adversidad que le toca vivir a lo largo de la vida no es menor, el componente psicógeno que acompaña a sus dolencias es notorio en su trayecto biográfico. Sin embargo, ella logra organizar sus padecimientos en tiempo presente, de modo que le hacen sentido y le brindan un relato de sí misma en el que tiene una posición que oscila entre victimizada y heroica, en relación con un cierto orden de fenómenos familiares respecto de los cuales ella no tiene control, pero del que no logra sobreponerse si no hasta el momento del encuentro con la sanadora. Aquel ritual es relevante en términos de su eficacia simbólica. Brinda una operación, en términos de una dimensión pulsional económica, que le permite drenar, disminuir, amainar y resolver varias cosas. Esto le restituye un lugar en el lazo social y muestra tener un rol notable, restituyendo un valor positivo a aquello que en el relato de la medicina occidental tiene un valor negativo.

En la escena de la sanación aparece todo lo que está pendiente de tramitar, en espera de elaboración (como el fallecimiento de su hermana mayor). El lugar que ella tiene en la cadena de hermanos tiene relación con su supuesto rol de quien ayuda a traspasar las almas de un mundo al otro, llega portando una marca muy trascendente, que no es menos que el narcisismo parental acrecentado: la hija que nace viva. Se juega algo del orden de las neurosis de destino, a propósito de cómo el superyó hace pagar al yo un precio por este "trato preferencial".

Desde sus 66 años revisita todo lo que fue su adolescencia, resignifica su rebeldía como una búsqueda de la razón y de la verdad, muy en consonancia con elementos que ella percibía en sí misma desde hace tiempo, y les logra dar un mayor reconocimiento luego de su ritual de sanación.

Desde pequeña registra cierta sensibilidad estética y una apertura al otro, en el último tiempo ha ido encontrando mecanismos que le permiten tramitar aquello: parece que en la escena infantil en que su padre toca el violín y ella se conmueve, por ejemplo, quedara invadida por un afecto que tiene que ver con su propia sensibilidad estética, pero al que no logra dar un destino muy claro. Ha estado haciendo operaciones en el presente (sanación, yoga), a modo de una tramitación económica y es muy evidente como lo logra. La idea del dolor corporal le permite incluso cierta trascendencia vital y de aprendizaje, una experiencia que le permite llegar a una cierta superación, más allá de vivir con aquello displacentero.

En el encuentro con los médicos, para Marta, importa la experticia del profesional y su saber, pero además el vínculo que establece con ellos (en tanto médicos que sean honestos) son componentes centrales, que posibilitan articular una sanación. De igual forma, notar que el especialista no tiene el conocimiento

adecuado invita a que considere como mínimo vincular la situación biográfica de la persona a sus dolores o motivo de consulta. Por otro lado, no considera los procedimientos de los exámenes médicos como parte del proceso de sanar, ya que estos participarían de una operación en la que se finge que hay algo enfermo, escena distinta a la propuesta por las otras participantes. Se ve que hay una apelación al orden de verdad del lado del otro (partiendo de la enseñanza que le dejó su padre), se ve la centralidad que tiene la honestidad en la relación médico-paciente. Además, ella posee un saber respecto de su propio cuerpo, no es que ella esté desprovista de saber respecto de un otro que sí sabe, es más bien un dialogo de saberes, un juego o un desafío de saberes.

Este saber de la memoria inconsciente se mezcla sin cesar en la conversación del coloquio médico para decir lo que la enfermedad y el cuidado representan: “En las personas, que aunque predispuestas a la neurosis, no sufren de una neurosis declaradas, sucede que una alteración corporal mórbida, por inflamación o lesión, despierta el trabajo de formación de síntomas, de tal suerte que el síntoma provisto por la realidad deviene inmediatamente el representante de todas las fantasías inconscientes que acechan la primera ocasión de manifestarse” (Freud, “LA nervosité commune” (1916-1917), in: Introduction à la psychanalyse, Payot. 1961, p. 369). Esto, el paciente finge ignorar todo confesándolo, el médico desaprueba todo continuando sin saberlo (Gori & Del Volgo, 2010, p. 21).

Mucho más que establecer una relación entre concepciones que se influyen una a la otra, la enfermedad implica una exigencia de trabajo porque el sujeto se ve confrontado a entender lo que ocurre, que es otra manera de aproximarse al papel de la enfermedad.

En otros momentos de su relato, ha llegado a instalar la palabra otro médico en un registro que insiste en negar las consecuencias de la enfermedad, o en confundir las consecuencias psicológicas con las consecuencias físicas. Recuerda las palabras de su médico cuando pierde su ojo izquierdo: “bueno, va a hacer su vida normal y no le va a influir en nada”, como si en el otro también hubiese ese salto de registro abrupto donde uno anula al otro, no habiendo vinculación posible.

A propósito de la pérdida de ciertos órganos, estas pueden localizarse dentro un orden material mucho más real en el sentido lacaniano, algo que resiste a cualquier tipo de organización o simbolización, como el lado más material y crudo de la historia de Marta. También es como si se estuviera sosteniendo en una radical diferencia entre el cuerpo organismo y el cuerpo de la imagen; más allá de que no tenga un ojo, puede encontrar otras formas para, por ejemplo, sostener el equilibrio: “se me olvida que el órgano no lo tengo, se me pasa”.

Marta ha construido un saber hacer interpretativo con relación al cuerpo, da varios registros a sus dolores: además de una traducción de lo que el cuerpo le dice, puede tratarse de sobrecarga económica al aparato psíquico (estrés), pero en otras ocasiones parece tener un valor más sintomático, un orden simbólico y enunciativo que se pone en juego (“cuando empiezan los problemas, me empiezo a agachar y me duele la espalda”). La vida incluye a la enfermedad, es un camino de crecimiento.

En el relato de Marta entra también en juego, desde una clave de género, una pregunta por la “naturaleza” femenina, por entender cuáles serían los elementos que se ponen en juego en el ser mujer, orden que opera en distinto nivel desde el psicoanálisis freudiano clásico, emergiendo también en su historia otras nociones distintas, que responderían más al cuadro de las somatizaciones frente a situaciones angustiosas, habituales en las neurosis actuales. Esto muestra, nuevamente, que se trata de experiencias muy complejas para ser remitidas a un solo principio.

Ahí donde el sujeto puede pensar en el cuerpo en un orden de exigencia de trabajo, como lo trabaja clásicamente Freud, es como si Marta le dijera a su cuerpo: “suficiente, ya entendí, ya hice mi tarea” y que ella se pueda reír de eso, poniendo en juego un orden de elaboración de la experiencia pulsional en relación a la cultura.

Ana

En primera instancia, parecería que el cuerpo que describe Ana quedaría reducido a una dimensión de cuerpo objeto o cuerpo máquina, usando una forma de denominar deserotizadamente al cuerpo, remitiéndolo expresamente al lugar de un objeto. Es notorio el manejo de terminología médica en este caso, como si tratase de investigar o comprender desde lo orgánico algo de lo que le está ocurriendo a su cuerpo.

Sin embargo, emerge un dolor distinto y profundo y, al intentar aprehender algo de un dolor de otro orden (psíquico o malestar), es como si solo pudiese tomarlo por la vía de lo que ocurre con su fisionomía, con su rostro, resaltando un brecha o separación entre estos elementos.

En sus múltiples visitas a médicos, recoge un elemento que parece servirle de forma parcial: “algunas personas tenían cerebros que acervaban los dolores, aunque fueran no explicables de manera orgánica”. Esto le brinda un elemento, otorgado desde el saber médico, que intenta bordear una situación difícilmente comprensible desde las leyes de la medicina: ella lo nombra y parece tener una cierta eficacia. Desde el saber médico opera algo del orden de un reconocimiento, es mucho más que desestimar, banalizar o psicologizar su dolor. Esto le otorga al cerebro el fundamento último de su experiencia y le da una particularidad a su sentir, fenómeno reconocido por Rose (2012) respecto a fundamentar la identidad humana en torno a lo biológico, forjando una individualidad somática:

En la medida en que la conformación orgánica y las funciones vitales se ofrecen a la intervención técnica, la existencia corpórea del ser humano, contrariamente a lo que sería dado pensar, no asume un estatuto artificioso, sino, antes bien, tanto más biológico. Hasta la mente misma, en virtud del desarrollo de las neurociencias, es concebida según este estilo de pensamiento como una función de procesos orgánicos; más específicamente, de la actividad cerebral (Rose, 2012, p. 65).

En su búsqueda exhaustiva, recurre a una enorme cantidad de soluciones farmacológicas o químicas, su experiencia similar a la noción griega del *pharmakon*: lo que cura y envenena, habiendo una delgada línea que al parecer varios de sus médicos han cruzado. Evidenciando el problema del *furor curandis* al interior de la medicina biológica, en el presente Ana está intentando hacer un camino de vuelta, a propósito de que todas estas estrategias de tratamiento, lejos de procurarle un beneficio significativo, le han provocado muchas más dificultades que los problemas que ella pretendía curar. En otros términos, su cuerpo es testimonio vivo del efecto placebo, ante lo cual se rescata la lucidez que tiene para reconocer y hacer dichas reflexiones sobre sí misma, su trayecto y condición, a pesar del alto costo que este ha infringido. Tanto del lado del saber como del lado del cuidado, su experiencia con la medicina en le reporta poco finalmente. Ana no ha logrado encontrar allí un lugar de albergue, un lugar donde inscribirse en el campo del otro, al menos en el otro médico.

La vida de Ana está marcada por el dolor en un registro muy amplio, su existencia marcada por dolores psíquicos que no ha podido reformular y dolores físicos imposibles de aminorar por las vías que se resigna a buscar. Es notable la posición activa que asume al solicitar y buscar consultas médicas de diversa índole, quizás esta agencia no se la permite en otros ámbitos de su vida, al menos no de una manera tan sistemática. A pesar de que es un diálogo altamente frustrante e insatisfactorio, el único otro autorizado para intervenir es el otro médico. Dentro de sus representaciones de padecimiento, no cabría la idea de instalar otros profesionales. Si se trata de algo del orden de lo patológico, la única disciplina convocada a responder es la medicina, aunque el saber médico aparezca como un adversario, como si la salud se conquistara a pesar de los médicos.

Los médicos, siendo “meros expendedores de recetas”, se convierten en participantes o marionetas de un mercadeo deshonesto, ante lo cual ella resigna su búsqueda de la salud por ese medio. En la posición de rechazo a la práctica médica, ella se encuentra con otras (su pareja y su compañera de piso), logrando invertir el asunto. Dado que se trata de una relación altamente insatisfactoria, recurre a estos especialistas cuando requiere algo muy puntual, transformando la relación en utilitaria.

Es como si hubiese constituido una vida detrás del dolor, a través del mismo configura una dimensión trascendente de sus dolores, algo que le permite repensar la vida, darle un valor a situaciones que de ordinario no son contempladas por los demás. En este caso, el dolor sería una posición subjetiva que permite lograr cosas (experimentar placer al salir a caminatas y al calor del sol) que le son tan significativas ahora. Es así como se apropia de su vida. Su dolor es también una forma de aprendizaje, de investigación, de sustraerse de una vida superficial.

En Ana se juegan asuntos económicos con el dolor, ya que indica que le permite “valorar mucho la vida, las cosas simples, tratar de ser feliz a pesar de todo”. Pero también implica un costo importante, que puede resultarle difícil asumir o incorporar, tal es el caso que, producto de su padecer interminable y “tratando de escapar del dolor”, se induce una sobredosis de metadona, ante la cual sus padres: “tuvieron que inventar... no inventar sino tratar de explicarles a los médicos que se me había pasado la mano, pero no había intentado matarme”.

Al hablar de sus experiencias subjetivas en relación con un malestar psíquico, ella inmediatamente las transforma en dolor corporal: “termino devastada, no me puedo levantar de la cama, no puedo mover un ojo siquiera del puro dolor y el cansancio. Siento el dolor en el cuerpo. Súper extraño. Tengo como una sensibilidad muy grande”. El dolor psíquico es dolor corporal, sin pasar por otros registros en su caso. De igual manera, es notorio el enunciado en que ella posiciona al dolor como la segunda experiencia después de la muerte, a la que se rehúye activamente, y que ella porta en su diario vivir aguerridamente.

Inicialmente presenta un relato completamente deserotizado del cuerpo. En la escena en la que halla un leve alivio a su dolor, en el encuentro con el quiropráctico, al profundizar en el efecto que esto tuvo sobre ella, remite exclusivamente al tecnicismo que implica la gestión del especialista: habla de un cuerpo que cruje, que suena, que es objeto e incluso residuo.

En cuanto a sus relaciones familiares, es claro que demanda un lugar de reconocimiento, si no es partir de sus triunfos personales (como la hermana), que sea al menos a partir de sus dolores: “estoy padeciendo, buscando salida y nadie, ni siquiera tus propios padres te ayudan ni con cien pesos para ayudar a tu recuperación”. Ana se desvivió en esfuerzos para componer la relación con sus padres, parece ser exitosa en eso y se reconocía por ese esfuerzo, lo que no ocurre con la hermana, todo el intercambio con la hermana es altamente decepcionante. Hay una pérdida de la relación privilegiada con la hermana, que no sólo se expresaba en una serie de cuidados (fundamentalmente de ella hacia su hermana), había anteriormente un ámbito de gratificación bastante recíproco, se da una pérdida de un cuerpo a cuerpo que ella ha resentido altamente. Una cierta localización del lugar del otro aparece cuando ella menciona que a la gente le cuesta hacerse cargo de sus propias responsabilidades, refiriéndose a las ocasionales discusiones con su pareja, como si ella, a través de su dolor, cumpliera la función de hacerse cargo de la falta del otro.

Hay un asunto pulsional notorio, a propósito de cómo supuestamente ella debiese haber sido quien recibía los honores y el reconocimiento de los padres y su proyecto fracasa, por un orden cercano a la fatalidad de la neurosis de destino. Ese destino de movilidad social, que en algún punto le pertenecía, le fue arrebatado por la enfermedad. Hay una suerte de anhelo de un destino que parece no haberle pertenecido por legítimo derecho, a propósito de la conversación que tiene con su profesora, quien la motiva a seguir un camino artístico “me dijo que yo tenía talento para esto y le hice caso, ¿por qué no?”.

Al referirse a un refrán para ella conocido “no hay dolor más insoportable que el dolor ajeno” se observan dos movimientos: en lo inmediato remite a la reacción del entorno, entre dudosa o irónica, al modo de la reacción de su propia familia ante su padecimiento, por otra parte conecta con el momento en que ella habla de cuánto le duele el otro que sufre, la injusticia social, traducido inmediatamente a sufrimiento corporal. Frente a las injusticias sociales que atestigua Ana, su cuerpo es un canal que drena y vehiculiza el dolor, como si fuera una especie de compresor, ofreciéndose como tributo que purga el dolor del

mundo, las guerras y la matanza. De igual manera, esto le permite instalar una dimensión trascendente con respecto a su padecimiento.

Emerge entonces un elemento muy mortífero en la asociación/identificación con su tío paterno fallecido por distrofia muscular, como si la forma de encontrar un albergue en el otro y que no desista, no abandone, sea poniendo el cuerpo en su dimensión más cadavérica, como un objeto que el otro tiene que cuidar: “siempre trato de recordarles su figura, su relación conmigo, su historia y la mía para que estén conscientes de que esto es real y que puede ir progresando al punto de que yo no me pueda mover, que tienen que estar y que tienen que apoyarme”.

En esta instancia se rescata la imagen inconsciente del cuerpo de Dolto (1986), al no encontrar un recurso que ligue al cuerpo, puede fácilmente devenir trozo, una figura del cuerpo como pulsión parcial, arcaica, incluso previa al estadio del espejo, que fácilmente se desintegra.

“La verdad es que siempre me pregunto por qué, solo sé que he comprobado que tengo la fortaleza suficiente para poder lidiar con esto”. Este enunciado le permite a Marta darle otro sentido trascendente a su dolor, casi heroico finalmente. En su condición de mujer feminista homosexual puede fácilmente situar el temor al daño proveniente del entorno, el devenir objeto de odio del otro, siendo esta una experiencia posible, ante la cual ella se enfrenta en el día a día, tal como lo hace con su “insignia” del dolor.

El simbolismo de sus manos: “afecto, poder hacerle cariño a mis animales, a la gente. Todo en verdad, mis manos son todo”, que son las primeras en perder movilidad producto del dolor, implican fuertemente el sentido de lo que ella “pierde” con la enfermedad. Hay una posibilidad de metonimia, al referirse a su pareja que representa a su todo, siendo que pierde sus manos y gana a Valentina.

La complejidad y transformaciones de su relato reflejan posteriormente un cuadro similar al de las neurosis mixtas, pensada para dar cuenta de la relación entre síntomas obsesivos e histéricos. Es notorio cómo en un punto de la entrevista, al hablar de sus manos y de que su dolor inicia en el dedo anular, ella recoge el simbolismo que representa al dedo, que culturalmente lleva el anillo de compromiso, hace alusión a que representa al amor y al afecto, y enseguida conecta su dolor a una importante de decepción amorosa que sufrió previo al surgimiento de sus dolores: “yo lo relaciono como a un dolor emocional muy grande. Tuve una ruptura de pareja con alguien antes de conocerla, que fue muy dolorosa”. Cuando en los primeros momentos de la entrevista parecía mantener una rigidez respecto del origen de sus dolores, en el segundo encuentro parece operar algo del orden la relación transferencial, y Ana logra conectar un suceso de su historia a un aspecto de su dolor, acercándose más a la producción de síntoma a través de mecanismos conversivos.

Emerge entonces en sus asociaciones un cuerpo más erógeno, aparecen más relatos de situaciones conflictivas no menores, en que se enfrenta con otros que llegan a vulnerarla, p. ej. en la escena del enfrentamiento con la líder del colectivo feminista, puede verse un cuerpo cercano al de la histeria “me dio un golpe seco en este brazo. Aquí, justo un punto que me duele de hecho, porque yo le había fallado”. No es banal que uno de los lugares donde siente dolor sea exactamente el mismo punto donde ella fue golpeada. Incluso hay una sensación de haber

merecido aquel castigo, el sentir que en el fondo le había fallado a esta persona (como falló a sus padres al no cumplir con sus exigencias de éxito) hace pensar en la idea de un castigo y, por ello, la consecuencia del dolor.

Aparece otro registro del cuerpo cuando desea ir a vomitar en el momento en que la crisis del colectivo está en pleno. Ana termina enferma después de haber participado en otro grupo enfermo. Hubo un primer grupo enfermo, su familia, como si ella ya no hubiera resistido el encuentro con un segundo grupo, donde albergó esperanzas de otra forma de relación y se vuelve a encontrar con la violencia, la enfermedad.

Conclusiones

La presente investigación ofrece una serie de relatos de mujeres policonsultantes, respondiendo ante la problemática que radica en el intercambio que generalmente se produce entre las pacientes y sus médicos en los servicios de salud, desde una perspectiva de análisis que recoge sus testimonios (y lo no testimoniado) de la significación que para ellas ha tenido el dolor y la enfermedad en sus vidas. Se puede concluir, primeramente que el encuentro con el otro del médico especialista ha tenido una representación importante y fundamental en la experiencia de todas las participantes, de distintas maneras como ya ha sido expuesto. Pero es necesario recalcar esto, en el sentido de ubicar el lugar y la relevancia que tendrá la figura del especialista (portador de un supuesto saber) tanto en la efectiva intervención sobre la materialidad del cuerpo de la paciente, como en la configuración de su imagen del cuerpo.

Es por ello que resulta de vital importancia entender que para estas pacientes, el devenir de su enfermedad, más allá de contar con un tratamiento farmacológico adecuado, estará atravesado por las ideas que le brinda el médico respecto de su corporeidad, por el trato, por la escucha, el intercambio efectivo que emerja en esta relación. Va a marcar un lugar de reconocimiento en su dolor, de entender (y ser entendidas) de que sus padecimientos son parte de sí mismas, tienen una historia detrás.

Por esta razón, el lugar que han ocupado estos médicos ha sido muy diverso en cada historia: el médico que acoge, el que sabe, el que dialoga, el que minimiza, y tristemente el que llega a violentar con su discurso y su intervención. Es así que por medio de un gesto, de una palabra, de una idea preconcebida, de una negligencia, de un afán de lucro, las pacientes pierden la voluntad de hallar una cura por aquellos medios, en unos casos resultando en que la encuentran por otros medios alternativos, en otros casos resultando en una perenne condena al desencuentro y a la subsecuente cimentación del dolor como estado.

Entendiendo que estas pacientes han atravesado situaciones conflictivas en su historia, se esperaría que el intercambio con el médico no resultase en otro espacio de malestar. Por ello se consideró necesario ubicar en de la discusión la problemática de la violencia de género en el ámbito de la salud, en tanto que resulta evidente cómo el caso de una de las participantes, al ser tildada de “nerviosa” reiterativamente, no recibió la atención médica pertinente, resultando en un agravamiento de su salud que pudo haber tenido consecuencias mucho más severas de no haber sido intervenida de emergencia, pero lleva a pensar en el hecho de ¿por qué esto tuvo que ser llevado a la instancia de la emergencia para ser reconocido? Que llamen a las pacientes con etiquetas peyorativas (VDM o “vieja de mierda”), algo de la queja constante (ante reales afectaciones además) que las

lleva a demandar un lugar de reconocimiento desde su singularidad, es algo que se resiste a la práctica institucional que pretende universalizar y protocolar toda intervención (Aveggio, 2013).

Siguiendo a Cabruja (2007) y Mountian (2007), en estos espacios de salud las sintomatologías que presentan las mujeres tienden a ser consideradas como de carácter psicológico, por tanto descartan, simplifican o vulneran la atención requerida para dicho estado. Este acto refleja la violencia a que son sometidas, en una instancia en que existe una relación de poder desigual entre el personal médico y la paciente, en la que ella se siente minimizada, infantilizada o anulada en su demanda. Según Aveggio (2013), esto se debe a que la institucionalización de la salud faculta a que existan relaciones de poder, donde generalmente se desconocen o no se visibilizan las otras facetas del dolor en tanto significación, en tanto realidad subjetiva, en tanto dimensión otra que está presentando la mujer en su consulta, quizás no habiendo una capacitación adecuada para aquel abordaje.

Otro caso entre las entrevistadas, al ser su padecimiento motivo de desconocimiento para los médicos, en vez de recomendarle otro tipo de intervenciones menos invasivas o perjudiciales, sugieren tratamientos farmacológicos múltiples, sin necesariamente tener conocimiento de todo el recorrido terapéutico previo, llevándola al punto de la intoxicación severa. Cabe decir que las historias de las entrevistadas las llevan a ubicarse en distintas posiciones, más activas o pasivas frente a cada encuentro, sin embargo queda una profunda reflexión sobre el otro a quien uno otorga un lugar de conocimiento y experticia, sobre el riesgo de transgredir los límites de sus capacidades ante algo que desconoce, vulnerando más al paciente que la propia enfermedad.

Por otro lado, cabe considerar si las construcciones y aportes de la metapsicología freudiana sirven para organizar o traducir el discurso de las participantes, o si su experiencia se modela en función de las teorías. Es así que vemos relatos complejos, cargados de subjetividad, atravesados por un otro y por la cultura que participan activamente en la conjunción de sus ideas. Fenómenos corporales que se organizan, se desorganizan, danzan a la par de sus adyacentes teóricos, guardan su propio lenguaje y sentido para quien lo nombra, en función de un determinado propósito (que es el de participar en una investigación sobre el dolor corporal, en primera instancia). Pero finalmente se observa que estos, al ser denominados por la palabra y el trazo, adquirirán un lugar distinto en la trayectoria de las pacientes, algunas quizás no han hecho el ejercicio de sentarse a sintetizar su experiencia corporal desde el discurso, otras vemos que efectivamente lo han conjugado así desde antes de las entrevistas. Esto responde a la necesidad que tendrían en determinados momentos de su historia para comprender lo que les estaba aconteciendo y pasar al plano de la representación,

recordando a Sontag (1978), es un fenómeno que puede acontecer en el punto de encuentro con la enfermedad.

Por el contrario, se observa una interesante aproximación de estas participantes, que se han remitido exclusivamente a solicitar atenciones médicas en pro de aliviar su dolor corporal. Vemos a Katherine que, presa de la inminente angustia que sus padecimientos le producían en lo cotidiano, nuevamente hallaba como única forma de liberar la tensión en y por el cuerpo. No reconocido su lugar como caso relevante para la medicina, la tensión aumenta y finalmente tiene su penoso desenlace en y por el cuerpo. Ahora que el acto de catarsis durante las entrevista la lleva también a ubicar su dolor psíquico, podrían ampliarse los ámbitos que ella podría solicitar ayuda, cauta de posicionarse activamente en que su padecimiento tiene un lugar y una relevancia que deben ser escuchados.

Por otro lado, vemos el efecto de la dinámica transferencial en el movimiento que ocurre en el relato de Ana, firmemente posicionada en que el único valor de verdad era la aproximación a sus dolores desde lo orgánico, modificando su discurso y emergiendo asociaciones en torno a lo psíquico en innegable compañía de lo somático: emerge el *parlêtre*. Finalmente, ella podrá ampliar su búsqueda de alivio y cura desde otros espacios, quizás desde la palabra.

Los procesos vitales de las participantes son vividos de manera radicalmente distinta, sus dolores condensados por la narración responden y se activan de diversas maneras, a ratos como si el cuerpo tuviera cierta autonomía y no se adscribiera a leyes organicistas. Esto es entendido en el sentido de que, al pasar al registro de lo simbólico, estas propiedades del cuerpo van a tomar forma desde la imagen corporal, ayudando a inscribir esto desconocido en lo real, desde una construcción más asible. Es por ello no resulta posible ni adecuado tratar de organizar las experiencias del dolor en torno a una sola construcción teórica (como en la psicósomática), nunca responderán ni se asimilarán de las mismas maneras ciertas dolencias para todos quienes las padecen, y quizás ciertos individuos ni siquiera encuentren pertinente hacerlo, quizás no necesiten hallarle el sentido al fenómeno, eso será operación propia de cada sujeto frente a un otro que escucha.

Las experiencias vitales serán las que marcan, en mayor o menor medida, la incidencia del dolor en cada caso. Si observamos a Marta, dar un lugar de trascendencia a su padecer a través de su historia y resignificarlo, efectivamente amaina su dolor corporal; pero esto no fue posible sino hasta llegar a la adultez mayor, a través del propio proceso del envejecer y los esfuerzos que acarrea, y de la introspección de etapas previas vividas. Por otro lado, vemos que Esmeralda en su momento actual ha formado una suerte de alianza utilitaria con sus dolores, que la activan y alertan ante algo displacentero, la ponen en movimiento en su vida, por el momento su discurso va ligado más a lo inminente de la producción del

fenómeno, un saber hacer un poco a la fuerza, frente a una circunstancia que no ha podido incorporar aún desde otro registro, de igual manera reacia a la idea de psicologizar todo aspecto de su padecimiento, pero hallando una eficacia en el acto de hablar.

En el caso de Agustina, vemos que el problema radica en el encuentro con el otro percibido como amenazante y tóxico (similar a lo que plantea Esmeralda respecto de la obesidad y las alergias), esto con respecto al intercambio en las relaciones afectivas. Por otro lado, la irrupción de cambios correspondientes a la adolescencia le genera un conflicto que no es posible de tramitar con el otro que se supone debe proteger, que son sus padres. Ante la imposibilidad de ubicar los acontecimientos en el acto de dialogar y ser reconocida y escuchada en ello, es que ahora ella prioriza el valor que tendrá el “decir las cosas”, el ser vista, tener un espacio donde emerja en su individualidad. A momentos esto le generará “cortocircuitos”, en el sentido de que ella se convence de que el origen de las dolencias es el guardar silencio respecto de lo emocional. Sin embargo, y dadas las relaciones que mantiene en su hogar, ha tenido que aprender a gritar para ser vista, y ahora no sabe cómo retornar de eso explosivo que erráticamente denuncia las problemáticas, pero donde de igual forma permanecen los dolores.

Es así que brevemente se compila todo el recorrido amplio y rico de contenido y tramas, para evidenciar primeramente la necesidad que se tiene de que el trabajo con estas pacientes, sea en el ámbito médico o terapéutico, se centre en su individualidad e historia. Un órgano, un dedo, un ojo o una “guata”, no van a ser el mismo para cada individuo frente a nosotros, en el registro de lo simbólico y en particular de la imagen. Si los profesionales de salud se enfrascan en la necesidad de tratar lo difícilmente tratable únicamente desde su origen orgánico, desde lo real, es como si estuviesen tratando cuerpos sin vida, sin experiencias, sin historias y sin identidad. Es necesario que se reconozca la ligazón, el trueque, la alianza y las trampas del cuerpo sobre la psique y viceversa: en otras palabras, lo inconsciente detrás del cuerpo. Por ello, y respetando el mínimo de que se trata de un ser humano frente a un otro pidiéndole ayuda, el médico cumpliría su función de forma más efectiva brindando una atenta escucha, preguntando sobre su historia, sobre sus hábitos, invitando más activamente a los pacientes que se acerquen a su consulta, a cuidar de su salud mental como complemento y paralelo a lo biológico.

Los casos que se presentan en esta investigación son un llamado a todo profesional de salud que trabaje con pacientes policonsultantes, a que reconozcan cómo de una sencilla jaqueca, de un dolor estomacal, se desprende tan copioso entramado subjetivo, como puede que no sea el caso. Es un desafío y se reconoce su complejidad, allí en el momento en que las pacientes acuden desesperadas, derrotadas, frustradas, el médico debe revisar si su estrategia de intervención, más

allá de lo curativo, tendrá que ver con prácticas de cuidado, con derivaciones pertinentes, y con evitar también la sobre intervención perjudicial.

En el caso de las prácticas de cuidado, vemos que la totalidad de las pacientes han encontrado un alivio efectivo, sea transitorio o permanente, en actividades paliativas fuera de la consulta médica (desde yoga, caminatas, rituales mapuches, sanaciones, ejercicios físicos), más que en los tratamientos tradicionales. Es porque estos actos tendrán, de igual manera, un sentido distinto para cada una, y calzarán en sus vidas a manera de reparar uno u otro cabo suelto; lo que sí guardan en común, es que serán espacios donde se sienten acogidas. De igual manera, se resalta el valor que tendrá el intercambio con el otro, el diálogo, la escucha, el reconocimiento.

Para concluir, entre las limitaciones de la presente investigación se ubica la relevancia que tendría el profundizar en casos de pacientes policonsultantes desde una metodología de estudio de casos clínicos, para entender con mayor profundidad los mecanismos que participan en la experiencia del dolor, qué relevancia tienen en el discurso y si aquello se ligan a un padecer psíquico no tramitado o, más bien, el surgimiento de la enfermedad activa o despierta síntomas en un sentido más propiamente analítico. Incluso permitiría visibilizar si la paciente requiere de una simbolización de sus dolores del cuerpo, como un eje en su análisis. Si tomamos en cuenta que de dos sesiones de entrevista ha emergido tanta riqueza de las elaboraciones de cada participante, un estudio de casos clínicos permitiría profundizar en las especificidades de los fenómenos, darle un seguimiento y un lugar a la escucha anclada en la transferencia.

Referencias

- Ali, S. (1989). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Paidós.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Assoun, P.-L. (1994). *Introducción a la metapsicología freudiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Assoun, P.-L. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. Santiago: RIL Editores.
- Breton, D. L. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Buchbinder, M., & Matoso, E. (2013). *Mapas del cuerpo: Mapa fantasmático corporal*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Cabruja, T. (2007). Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento. En B. Biglia, & C. S. Martín, *Estado de Wonderbra: entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género* (págs. 155-170). Barcelona: Virus Editorial.
- Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: Grama.
- Chiozza, L. (1998). La concepción psicoanalítica del cuerpo ¿Psicosomática o directamente psicoanálisis? *Acheronta*, n. 8, <http://acheronta.org/acheronta8/cap22-c.htm>.
- Chiozza, L., & Green, A. (1998). *Diálogo psicoanalítico sobre psicossomática*. Buenos Aires: Alianza.
- Correa, J. (2008). Actualidad de la neurosis de angustia. *International Journal of Psychological Research*, vol. 1, núm. 2, 73-80.
- Das, V. (2008). *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Colección lecturas CES.
- Dejours, C. (1992). *Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo*. México DF: Siglo Veintiuno Editores.
- Díaz-Valdés, J. (2018). *El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez (Tesis de magister)*. Santiago: Universidad de Chile.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Farb, A. (1998). La encrucijada de la neurosis de angustia. *Acheronta*, n. 8, <http://www.acheronta.org/acheronta8/angustia.htm>.
- Farías, F. (20 de 11 de 2018). *El cuerpo de la histérica - El cuerpo femenino*. Obtenido de École de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien: <https://www.champlacanien.net/public/docu/3/rdv2010pre5.pdf>
- Ferenczi, S. (1958). La influencia de Freud en la medicina. En F. Dunbar, O. S. English, H. Bunker, J. Eisenbud, E. Jelliffe, & S. Ferenczi, *Medicina*

- psicosomática y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Freud, S. (1893-1899). Primeras publicaciones psicoanalíticas. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo III)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo II)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo VII)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo VII)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XI)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo . En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIV)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIV)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Conferencia 24: El estado neurótico común. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVI)* (págs. 344-356). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XVIII)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo . En S. Freud, *Obras completas (Tomo XVIII)* (págs. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XIX)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XX)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas (Tomo XXI)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Frioni, M., & Varela, G. (1993). Cuerpo, dolor y límites. *Revista uruguaya de psicoanálisis en línea* 77, <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719937709.pdf>.
- Fuenmayor, V. (2005). Entre cuerpo y semiosis: la corporeidad. *Opción, año 21, No. 48*, 121-154.
- Gómez, M. (2005). Cuerpo, Goce y Letra en la Última Enseñanza de Jacques Lacan. *Aesthethika Volumen 2 / Número 1*, 7-24.
- Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (26 de Diciembre de 2010). *Salud Colectiva*. Obtenido de Cátedra medicina preventiva y social: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-124.pdf>
- Green, A. (2010) *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 99-106). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 231-310). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1954). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. *Société Française de Psychanalyse*, (págs. 2-44). París.
- Lacan, J. (1967). *El seminario 14: La lógica del fantasma*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972). *El seminario 20: Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (30 de Noviembre de 2006). *Los órganos del cuerpo en la perspectiva psicoanalítica*. Obtenido de NEL Ciudad de México: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/El-cuerpo/347/Los-organos-del-cuerpo-en-la-perspectiva-psicoanalitica>
- Laurent, E. (2013). Hablar con el propio síntoma, hablar con el propio cuerpo. *Hablar con el cuerpo. La crisis de las normas y la agitación de lo real*. Buenos Aires: ENAPOL VI.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos aires: Nueva visión.
- Leibson, L. (2018). *La máquina imperfecta: ensayos del cuerpo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mallimaci, F., & Giménez, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis, A. Ameigeiras, L. Chernobilsky, V. G. Béliveau, F. Mallimaci, N. Mendizábal, . . . A. Soneira, *Estrategias de investigación cualitativa* (págs. 175-212). Barcelona: Gedisa.
- Matoso, E. (2017). *El cuerpo, territorio de la imagen*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mazzuca, R. (2004). *Cizalla del cuerpo y del alma: La neurosis de Freud a Lacan*. Buenos Aires: Berggasse.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis, A. Ameigeiras, L. Chernobilsky, V. G. Béliveau, F. Mallimaci, N. Mendizábal, . . . A. Soneira, *Estrategias de investigación cualitativa* (págs. 65-106). Barcelona: Gedisa.
- Messina, L. (2016). Otro Gallo cantaría... un estudio sobre somatizaciones. *Psiquiatría universitaria GPU; 12; 3*, 321-325.
- Miller, J.-A. (2002). *Biología Lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Moreno, W. (20 de Noviembre de 2018). *Aportes teóricos del psicoanálisis a la concepción del cuerpo humano*. Obtenido de Revista Costarricense de Trabajo Social: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/viewFile/134/147>
- Mountian, I. (2007). Mujeres bajo control. En B. Biglia, & C. S. Martín, *Estado de Wonderbra: entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de*

- género* (págs. 73 - 83). Barcelona: Virus Editorial.
- Nasio, J. D. (1992). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. Barcelona: Gedisa.
- Nasio, J. D. (2014). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (2017). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Orozco, M. (2012). Una crónica freudiana del cuerpo. *Pensamiento psicológico*, Volumen 10, No. 1, 145-163.
- Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas N. 016*, <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000282>.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.
- Saavedra, D. (2009). *Las alteraciones en el mundo representacional de los pacientes psicosomáticos (Memoria de título)*. Santiago: Universidad de Chile.
- Saldías, P., & Lora, M. E. (2006). Síntoma conversivo en la histeria. *Ajayu Vol. IV No. 2*, 228-243.
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio-Vol. LVII-1*, 99-115.
- Solana, C. A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barc.) vol.28 no.3*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300009&script=sci_arttext&tlng=en.
- Soler, C. (20 de Noviembre de 2018). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. Obtenido de Ágape Psicoanalítico Paraguay: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Debolsillo.
- Topa, A. I. (2011). Construcción de la noción de cuerpo en Freud (1905-1914). *3er Congreso Internacional de Investigación* (págs. 53-57). La Plata: FAHCE.
- Unzueta, C., & Lora, M. E. (15 de Julio de 2003). *El estatuto del cuerpo en psicoanálisis*. Obtenido de Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100009&lng=es&tlng=es.
- Velázquez, D. (2010). Psicopatología y Formaciones Psicopatológicas. *El psicoanalítico n. 1 abril*, 15-21.
- Wiener, C., & Dodd, M. (2001). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. En R. Bernstein, & J. M. Corbin, *Chronic Illness: research and theory for nursing practice* (págs. 180-201). New York: Springer publishing company.

Anexos

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SIGNIFICACIONES ASOCIADAS AL DOLOR CORPORAL EN LA TRAYECTORIA DE ENFERMEDAD DE MUJERES POLICONSULTANTES

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitada a participar en un estudio sobre *significaciones asociadas al dolor corporal en la trayectoria de enfermedad de mujeres policonsultantes*. Su objetivo es analizar los significados en torno al dolor corporal en la trayectoria biográfica de mujeres policonsultantes, y se ha convocado a participar a mujeres chilenas mayores de 30 años, que acuden a servicios de salud más de 7 veces al año por dolores corporales difusos y recurrentes, sin un diagnóstico médico ni discapacidad asociada.

La investigadora responsable de este estudio es Alexandra Costales Núñez, estudiante de posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en un primer encuentro para una entrevista narrativa y un segundo encuentro donde se realizará un esquema de mapa corporal. Las entrevistas durarán alrededor de 50 minutos y abarcarán preguntas sobre la percepción del cuerpo y dolores corporales, la relación del dolor corporal con el entorno, el lugar de los discursos médicos en la experiencia de dolor y las representaciones sobre el dolor corporal.

La entrevista se realizará en el lugar, día y hora que usted estime conveniente.

Para facilitar el análisis del material, ambos encuentros serán audio grabados. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: Esta investigación no supone ningún tipo de riesgo para los participantes.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para comprender mejor las diversas dimensiones implicadas en la experiencia de dolor corporal.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee, sin que implique ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, se resguardará su identidad y su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Los datos

serán revisados únicamente por la encargada de la investigación durante el curso del análisis de la información.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizado, podrá solicitar los resultados del estudio a la investigadora responsable.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

María Alexandra Costales Núñez

Teléfono: 951276896

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: macostales@hotmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, RUT, acepto participar en el estudio Significaciones Asociadas al dolor corporal en la trayectoria de enfermedad de mujeres policonsultantes.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

GUIÓN DE ENTREVISTA

Esta entrevista tiene por objetivo conocer los discursos y la percepción de las entrevistadas respecto de los dolores corporales que han experimentado a lo largo de su vida. Por ello, se busca que cada participante relate de manera detallada sus experiencias, recuerdos y elaboraciones sobre estos padecimientos y cómo estos han llegado a formar parte de su historia personal.

Temas generales:

- Relato biográfico de la experiencia de dolor corporal
- Percepción del cuerpo y dolor corporal
- Relación del dolor corporal con el contexto
- Lugar de los discursos médicos en la experiencia y las elaboraciones sobre el dolor corporal
- Representaciones sobre el dolor corporal

La entrevistadora se dispondrá a orientar la entrevista para que se dé inicio y continuación al relato, de forma fluida, dando pie a que la participante presente su narración según lo considere pertinente, y finalmente podrá retomar determinados contenidos que necesiten ser aclarados o profundizados en base a la narración original.

Entrevista

Consigna de confidencialidad: “Esta investigación busca conocer las percepciones de mujeres que han experimentado dolores corporales en la actualidad y a lo largo de su vida, con la finalidad de comprender sus recorridos e historias. Lo que hablemos en estas entrevistas es totalmente confidencial y su participación es voluntaria. Me gustaría grabar la entrevista para no perder detalles importantes de su relato”.

PREGUNTA DE APERTURA DE LA ENTREVISTA

En el primer encuentro con cada participante se llevará a cabo una entrevista narrativa.

Consigna: “Quisiera pedirle que me hable de los dolores corporales que ha experimentado a lo largo de su vida, me interesa escuchar los *detalles que pueda recordar de su historia de vida y que usted relacione con el dolor corporal, puede tomarse el tiempo de profundizar en los aspectos que usted desee, mientras yo sigo su relato con atención”.

Permitir que la participante construya una narración a partir de la pregunta inicial, sin intervenciones (en la medida de lo posible) ni ofreciendo comentarios o gestos que alteren el curso del relato de la persona entrevistada. Únicamente se intervendrá para denotar la atención prestada de forma neutra, y cuando sea necesario pedir una aclaración respecto de un punto que sea relevante dentro de las temáticas generales planteadas.

DESARROLLO DEL MAPA CORPORAL

En el segundo y final encuentro con las participantes, se les solicitará que realicen un mapa corporal, el cual se desarrolla en una hoja con un esquema de silueta base ya trazado y lápices de colores.

Consigna: “Nosotras ya conversamos el otro día, me diste muchos datos respecto de tu dolor corporal, ahora te propondré una actividad para conocer cómo lo reflejas en un mapa de tu cuerpo. Este mapa no tiene por qué preocuparse por ser anatómicamente correcto, p. ej., puedes modificar las líneas del contorno si lo deseas”.

En caso de mostrarse reticente a dar inicio al ejercicio, se puede usar la siguiente consigna: “Si estás de acuerdo, puedes probar, intentar comenzar por las partes que más te resuenen”.

Una vez finalizado el dibujo, tomando atención de lo que la participante diga durante el ejercicio, se preguntará: “Esto que dibujaste, ¿tiene que ver contigo?” A lo que seguirán preguntas respecto de su uso de trazos, colores, zonas marcadas y no marcadas, límites, cortes y cerramientos. Particularizando las indagaciones en las zonas que más llamen su atención, y su relación con las mismas. Esto permite que surjan relatos y asociaciones complementarios a la entrevista narrativa.

PROFUNDIZACIÓN

En base a la narración inicial, se hará un seguimiento con nuevas preguntas abiertas sobre los detalles no considerados o poco claros de la misma, profundizando especialmente en los temas delimitados como relevantes para la investigación.

Se resaltan las áreas de exploración focales y posibles preguntas que podrían ser utilizadas para centrar una temática particular, estas se plantean a modo de guía y pueden no ser utilizadas de acuerdo a lo recabado en el curso de la narración inicial.

- Lugar de los discursos médicos

Le pediría que me cuente con mayor detalle cómo ha sido para usted la experiencia de encuentro con médicos a lo largo de su vida

- Relación del dolor corporal y el entorno

¿De qué manera piensa usted que influye/se involucra el entorno familiar en su experiencia de dolor corporal?

¿De qué manera piensa usted que influye/se involucra el entorno social en su experiencia de dolor corporal?

¿De qué manera piensa usted que influye/se involucra la(s) atención(es) médica(s) que usted ha recibido en su experiencia de dolor corporal?

- Teoría subjetiva de enfermedad

¿Qué cree usted que han significado/representado estas experiencias de dolor corporal a lo largo de su vida?

Una vez finalizada la primera entrevista, se agradece a la persona por su aporte y se plantea una próxima reunión de encuentro, que será de cierre.

Para el segundo encuentro, tras culminar el desarrollo y preguntas del mapa corporal, se le preguntará a la participante si quisiera añadir algo más, para así dar por concluido el proceso de entrevistas.