

El cuerpo médico y la subjetividad de las mujeres: análisis bibliográfico en torno a las formas clásicas y actuales del malestar. Aportes críticos desde el psicoanálisis para pensar la medicalización.

María Sofía Rutenberg y Julián Agustín Ferreyra.

Cita:

María Sofía Rutenberg y Julián Agustín Ferreyra (2017). *El cuerpo médico y la subjetividad de las mujeres: análisis bibliográfico en torno a las formas clásicas y actuales del malestar. Aportes críticos desde el psicoanálisis para pensar la medicalización. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/389>

Título de la ponencia:

El cuerpo-médico y la subjetividad de las mujeres: análisis bibliográfico en torno a las formas clásicas y actuales del malestar. Aportes críticos desde el psicoanálisis para pensar la medicalización.

María Sofía Rutenberg
UBA
Julián Agustín Ferreyra
CONICET-UBA

Eje 7 | MESA 18 | Investigación social en salud

E-mail de la ponencia: lic.sofiarutenberg@gmail.com

Resumen

La pregunta que causa y orienta esta ponencia es ¿qué impacto tiene el modo en que la biomedicina transmite la enfermedad del cuerpo en la subjetividad de las mujeres? Para su respuesta se efectúa un análisis bibliográfico crítico desde diversas lecturas en psicoanálisis, sociología, estudios de género y antropología, que trabajan el proceso de salud, enfermedad, cuidados (PSEC).

Se parte de una lectura crítica del cuerpo en psicoanálisis como un más allá de la medicina, para luego retornar a la histeria pensándola no como una mera forma de psicopatologización de las mujeres sino más bien como la posición psicoanalizante por excelencia. Se trabaja críticamente la premisa freudiana que supone que las mujeres -a través del mecanismo conversivo- padecen mediante el cuerpo los efectos de la represión sexual, en tensión con la visibilización de diversas formas que la (bio)medicalización ejerce sobre sus cuerpos.

Se presenta para la discusión la categoría de “cuerpo-médico” en la línea de efectuar una lectura clínica y crítica sobre las formas clásicas y actuales del malestar. Para ello se recortan distintas notas provenientes de la clínica para pensar críticamente formas como la hipocondría, los ataques de pánico, el bruxismo u otros síntomas que se nombran como “actuales”.

Palabras clave: cuerpo, histeria, biomedicina, psicoanálisis, género.

1. Introducción

“Mi cuerpo es el lugar irremediable al que estoy condenado”

Michel Foucault (1966)

La pregunta que causa y orienta esta ponencia es ¿qué impacto tiene el modo en que la biomedicina transmite la enfermedad del cuerpo en la subjetividad de las mujeres? Para su respuesta se efectúa un análisis bibliográfico crítico desde diversas lecturas en psicoanálisis, sociología y estudios de género que trabajan el proceso de salud, enfermedad, cuidados (PSEC).

En primer lugar, se efectúa una lectura crítica del cuerpo en psicoanálisis como un más allá de la medicina. Se trabaja desde autores como Sigmund Freud y Jacques Lacan, para luego retornar a la histeria pensándola no como una mera forma de psicopatologización de las mujeres sino más bien como la posición psicoanalizante por excelencia; esto es, la *histerización del discurso* (Lacan, 1969-1970). En esta línea se trabaja críticamente la premisa freudiana que supone que las mujeres -a través del mecanismo conversivo- padecen mediante el cuerpo los efectos de la represión sexual (1893-95), en tensión con la visibilización de diversas formas que la (bio)medicalización ejerce sobre sus cuerpos. Al mismo tiempo, el recorte se justifica en el intento de relanzar la ética del psicoanálisis -que supo ir más allá del modelo médico hegemónico de la histeria- intentando una lectura de las formas contemporáneas de nombrar el padecimiento en las mujeres. Aquí entra la cuestión del masoquismo que según Freud (1933[1932]) es auténticamente femenino, y que en casos de que se presente en hombres, esto implicaría que son hombres con *rasgos femeninos muy nítidos*. Del planteo freudiano puede leerse que, a diferencia de los hombres, la hostilidad en las mujeres en lugar de expresarse en el exterior -dado que las mujeres son educadas en su mayoría desde el mandato de ser *señoritas, no portarse mal, no contestar, no ser irrespetuosas, no gritar, no ser violentas ni agresivas*- retorna al propio cuerpo, dando lugar a grandes montos de malestar y dolores del cuerpo. Volviendo a Freud, que la mujer sofoque su agresión “...favorece que se plasmen en ellas intensas mociones masoquistas, susceptibles de ligar eróticamente las tendencias destructivas vueltas hacia adentro” (Ibídem, p. 107). El problema del masoquismo presentado por Freud nos permite una reflexión sobre los cuerpos de las mujeres, en su mayoría expuestos al dolor físico; una reflexión que ubica divergencias con el modo en que sintomatizan los hombres, quienes tienen una enorme dificultad para poner a hablar al cuerpo.

Se presenta para la discusión la categoría de “cuerpo-médico” en la línea de efectuar una lectura clínica y crítica sobre las formas clásicas y actuales del malestar, en tensión con otros modos posibles de conceptualizar el cuerpo y el padecimiento. El cuerpo-médico es caracterizado así como

un obstáculo para arribar a la subjetivación y la historización de los malestares, dolores, e incluso del propio cuerpo. En este sentido, se ubican los efectos posibles que la clínica psicoanalítica, advertida y con una mirada crítica a los discursos hegemónicos de la medicina y dentro del propio psicoanálisis, puede producir para ir más allá de la fragmentación y la objetivación, intentado evitar las formas del rechazo del cuerpo en el proceso SEAC planteadas desde ciertos enfoques.

Para complementar dicha discusión se presentan distintas notas provenientes de la clínica que enmarcarán nuestro análisis para pensar críticamente formas como la hipocondría, los ataques de pánico, el bruxismo u otros síntomas que se nombran como “actuales”. El concepto de cuerpo-médico posibilita relacionar nuestra lectura con la cuestión del dolor del/en el cuerpo como *dolor de existir* (Lacan, 1963). Se trata, en definitiva, de conceptualizar los pormenores de instituir al cuerpo-médico como único modo posible de registrar u operar sobre el dolor; o lo que es lo mismo, que el cuerpo-médico sea el “objeto” exclusivo y excluyente del PSEAC.

Por último, se dejan sentadas algunas líneas de discusión a futuro tendientes a delimitar formas sutiles y contemporáneas de la (bio)medicalización (Foucault, 2007) advirtiendo los riesgos de cierto retorno del discurso *psi* a las formas hegemónicas propias de las medicinas clásicas.

2. El cuerpo desde el psicoanálisis: más allá de la medicina

“El psicoanálisis es la localización de un significante que marcó un punto del cuerpo”
(Lacan, 1971-72)

¿Qué es el cuerpo? ¿Es el cuerpo pensado y teorizado por la medicina el único cuerpo posible de ser tratado y curado? ¿Cómo podemos pensar aquellas enfermedades nombradas, diagnosticadas, y medicadas por la medicina pero sin locación en el cuerpo como es el caso de aquellos dolores sin base orgánica? A su vez, ¿Cuáles son los mecanismos psíquicos en juego cuando en una enfermedad tratada por la medicina no cesan los síntomas? En este apartado desarrollamos críticamente los posicionamientos del psicoanálisis -en particular desde Freud y Lacan-, pensando posibles aportes a las formas de caracterizar el PSEAC.

2.1. Freud y el cuerpo pulsional

Desde el campo del psicoanálisis -y a diferencia del campo de la biomedicina-, el cuerpo y su enfermedad tienen un nexo con *representaciones patógenas* (Freud, 1893-5) que, en tanto reprimidas por no ser conciliables con la moral del Yo y rechazadas de la consciencia, retornan en el cuerpo a modo de síntomas somático. Para Freud, los síntomas son palabras y representaciones atrapadas en el cuerpo; son lo no-dicho, una metáfora. Ya no hay recuerdo ni afecto sino una *compulsión a repetir* (Freud, 1920) una satisfacción que paradójicamente no satisface nada, que está

más allá del principio de placer (Ibídem) y que se presenta como nociva para el cuerpo, dado que el saber inconsciente tiene efectos sobre el cuerpo. A partir del concepto de *pulsión*, Freud (1915), ubica al cuerpo como *cuerpo erógeno*, es decir, un cuerpo recortado por orificios y zonas erógenas, como así, un cuerpo sexuado desde el nacimiento. Es a partir de la conceptualización del narcisismo (1914a) donde Freud articula el cuerpo y el Yo, para comprender que el cuerpo es tomado por el/la sujeto como objeto e investido libidinalmente, dado que lo trata como si fuera de otro, lo cual trae como consecuencia que lo más propio pueda experimentarse como lo más ajeno. Por eso en su texto *El yo y el ello* (1923), Freud ubica el lugar que tiene el dolor en la constitución del cuerpo, en tanto sólo a partir de aquel se llega a tener una representación del cuerpo.

2.2. Lacan y los tres registros del cuerpo

Un síntoma no es sino una palabra amordazada
Jacques Lacan, 1953-

A lo largo de la obra de Jacques Lacan nos encontramos con tres registros diferentes sobre el cuerpo, que no pueden ser pensados por separado: lo imaginario, lo simbólico y lo real. El primer registro demuestra que no se nace con un cuerpo, sino que éste se produce a través de dos factores: *el organismo y la imagen* (Citado por Soler, 2010). Con organismo Lacan se refiere a que el ser humano es un animal prematuro y por lo tanto requiere necesariamente del Otro y sus cuidados para sobrevivir (Ibídem). Es decir, que para ser un viviente se requiere del Otro del lenguaje, los cuidados y las necesidades. Además del organismo tiene que haber una imagen, que posibilite lo que el autor ubica como el *sentimiento de unicidad del cuerpo* (Citado por Soler, 2010) propio de la imagen en el espejo.

Desde el registro de lo simbólico, ubicamos desde su escrito *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* que *lo simbólico es un cuerpo* (Lacan, 1976a). El registro de lo simbólico es en sí mismo un cuerpo, en tanto un “...*sistema de relaciones internas (...) con su materialidad (...) un cuerpo que da cuerpo*” (Soler, 2010, p.3). Así, dando un paso más, Soler afirma que “*es el lenguaje quien nos atribuye los órganos (...) el cuerpo que funciona es un cuerpo despedazado (...) el lenguaje aísla los órganos y les atribuye su función*” (Ibídem).

Sobre el registro de lo real Lacan dirá que “*para gozar es preciso un cuerpo*” (Lacan, 1972). De este modo, introduce el goce y el objeto *a* en tanto concibe que el cuerpo está recortado por los significantes y por esto tiene bordes. El objeto *a* sería aquellos pedazos del cuerpo que se simbolizan como falta. El goce y el deseo se originan en función de esos objetos recortados; de este modo se ubica lo *éxtimo* (Miller, 1985-86), como lo más ajeno que es un resto de uno mismo y del

propio cuerpo. Solamente a partir de ese objeto que resta es posible la imagen del cuerpo. Es por esto que un cuerpo es algo que goza (Lacan, 1972).

La ética del psicoanálisis es el reverso del principio de placer, dado que no busca el bienestar que solamente podría conseguirse si el sujeto no estuviese dividido por el lenguaje, si fuese aquella ilusión que presenta la imagen, en la cual se es una unidad. El goce no está completo, sino que está marcado por una pérdida, lo cual produce que el ser hablante repita incesantemente el goce -nocivo- para volver a experimentar la primera vez, para retornar a la primera experiencia de satisfacción. La imposibilidad reside en que dicha experiencia es mítica, y nunca se logra completamente, siempre se pierde algo. Desde el registro de lo real del cuerpo, junto a los otros dos registros y partiendo de las concepciones freudianas antes enunciadas, se plantea la ruptura fundamental producida por el psicoanálisis en el interior del discurso de la ciencia, incluida la medicina: que “...*un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo*” (Lacan, 1966, p. 14). Esto es, la exclusión entre el goce pulsional y la dimensión *epistemo-somática* (Ibídem) propia de las ciencias médicas.

Desde esta ruptura que el psicoanálisis produce sobre el cuerpo de la ciencia médica clásica -y de la tradición del dualismo cartesiano moderno- resultó posible operar sobre el síntoma histérico freudiano, el cual desarrollamos críticamente a continuación.

2.3. Re-lectura crítica de la histeria

La histeria ha sido para la medicina -desde Aristóteles y Galeno- una enfermedad del útero. Histeria viene del griego *hystear* que significa útero. Se creía que el útero migraba por el cuerpo produciendo diversas afecciones del humor. Por esto, existían diferentes métodos para hacer volver el útero a su lugar, como por ejemplo, poner materia fecal en la vagina para que el útero, mediante el olor, bajara de la parte superior del cuerpo en el cual se encontraba. En la actualidad se llama Histeroscopia al procedimiento médico que permite al ginecólogo ver el interior del útero. Histeralgia es el nombre que tiene el dolor en el útero, o Histerómetro se llama a un instrumento que mide el tamaño del mismo.

Freud¹ rompe con la idea médica hegemónica utilizada para diagnosticar y tratar la histeria, dado que la corre de una visión meramente física o místico-religiosa, conceptualizándola como una modalidad de satisfacción pulsional, en la cual la representación sexual queda reprimida, desalojada de la consciencia y retornando como síntoma [conversivo] (Freud, 1893-95). De este modo, comienza a tratar a sus pacientes histéricas a través del relato de la *historia de padecimientos*, en tanto consideraba que a través de las palabras se podía acceder a las representaciones -sexuales-

1 Junto con sus trabajos con Breuer (1893-5), partiendo críticamente de las tradiciones de P. Janet y J. M. Charcot.

inconscientes que habían causado los síntomas conversivos en el cuerpo. Es decir, considera al cuerpo como *cuerpo simbólico*, anatomía de las palabras (Freud, 1893-95).

En Estudios sobre la histeria (1893-95) Freud trabaja el caso de una paciente, Cacilie, quien llega a análisis por un diagnóstico de neuralgia facial. Por esto, ya le habían extraído siete dientes, y sin embargo el dolor continuaba. Desde este caso Freud se propone demostrar cómo el dolor del cuerpo tiene su correlato con el dolor psíquico. Esto queda de manifiesto cuando convoca a la paciente a relatar la *escena traumática*, y ésta ubica una discusión con su marido que fue como una *bofetada* para ella. Es decir que, a partir del recuerdo de escenas penosas, los síntomas meramente físicos y médicos comienzan a tener una historia, un sentido. Dichas pacientes tenían partes del cuerpo paralizado, pero esos dolores quedaban por fuera del registro de la medicina en tanto no se hallaba una lesión cerebral².

Se plantea así que el síntoma somático tiene una relación directa con la historia, la biografía de cada persona y las fijaciones de goce libidinales que permiten el retorno de lo reprimido fundando el síntoma. Desde estos postulados recortará un tipo particular de la histeria, la traumática, y afirmara que “*la causa eficiente de la enfermedad no es la lesión corporal, lo es el afecto de horror, el trauma psíquico*” (Ibídem, p.31), y que el mismo -o su recuerdo- “*...obra a modo de un **cuerpo extraño** que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado de eficacia presente*” (Ibídem, el resaltado es nuestro).

Finalmente, es posible ubicar a la histeria desde la lógica de los cuatro discursos introducidos por J. Lacan (1969-70), siendo el discurso de la histeria uno de ellos: no cualquiera, sino la posición psicoanalizante por excelencia. Desde esta lectura, la histeria ya deja ser solamente una nosología, un rasgo potológico, una forma en el ser o un tipo clínico, para convertirse más bien en un artificio producido por el propio discurso del analista -otro de los cuatro discursos-. Esto es, la histeria como un producto artificialmente construido por los efectos del propio psicoanálisis, retornando así a la conceptualización original de Freud de *neurosis de transferencia* (1914a, 1914b): el/la psicoanalista produciendo y recreando una forma del padecimiento plausible de ser operada desde el saber transferido a la persona del/de la psicoanalista. De ahí la *histerización del discurso* (Lacan, 1969-1970) como el invento psicoanalítico para hablar no-sin el cuerpo; o lo que es lo mismo, traer al cuerpo al centro de la experiencia, pensando en un cuerpo más allá del biologicismo o del escisionismo cartesiano. En este punto Lacan retorna al postulado freudiano que planteaba al síntoma histérico como la forma privilegiada y mínima del síntoma que el psicoanálisis requiere

² En su texto Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893) da cuenta que dichas afecciones no eran neurológicas ni meramente somáticas en tanto los músculos paralizados lo estaban de forma independiente y aislada sin ninguna correlación nerviosa.

para su operación: el síntoma histérico “...como un compromiso entre necesidad de satisfacción y necesidad de castigo” (Freud, 1926, p. 94).

De esta reflexión recortamos dos elementos interesantes y centrales. En primer lugar, afirmar que la experiencia del psicoanálisis poco tiene que ver con un intercambio intelectual o abstracto, ya que es el cuerpo -historizado y afirmado por quien esté allí hablando- lo que causa y enmarca la cura. En segundo lugar, ubicar al psicoanálisis como un dispositivo, esto es, un modo peculiar de operar desde y sobre el saber-poder (Foucault, 1968), y en ese sentido recortar los efectos del acto psicoanalítico como, centralmente, una operatoria particular desde el saber [inconciente] que tiende a cuestionar y denunciar *industriosamente* (Lacan, 1969-1970) la arbitrariedad con la que el Otro ha nombrado y operado sobre el propio cuerpo.

El recorte efectuado a lo largo de este apartado no pretende arrogarse la univocidad de una lectura de Freud y/o Lacan; más bien, se propuso una lectura posible, de inspiración crítica, que intentó ubicar los elementos centrales de la ética del psicoanálisis frente a la clínica y al malestar. Se espera que dicho trabajo contribuya a sentar las bases para una discusión con otras disciplinas y discursos y, al mismo tiempo, para situar los elementos centrales de la discusión sobre el concepto de cuerpo-médico.

3. El cuerpo-médico y sus efectos en la clínica

Las historias de vida son historias del devenir y las categorías a veces pueden congelar ese proceso de devenir.

Judith Butler, (2004, p. 120)

A los fines de situar el concepto de cuerpo-médico, partimos del desarrollo efectuado en Psicología de las masas y análisis del yo (Freud, 1921) sobre las llamadas *masas artificiales*. Allí, se toma como ejemplo a dos masas particulares -o diríamos hoy, dos particulares armados institucionales- como son la Iglesia y el ejército. El autor las caracteriza como masas de alto grado de organización, duraderas y sobre todo artificiales, en las cuales “...no se pregunta al individuo si quiere ingresar (...) ni se lo deja librado a su arbitrio; y el intento de separación suele estorbarse o penarse rigurosamente, o se lo sujeta a condiciones muy determinadas” (Ibídem, p.89). Continuando la elucidación freudiana, se deduce un peculiar fenómeno de este tipo de armados institucionales: son masas que hacen cuerpo, que forman un cuerpo -el cuerpo del ejército, el cuerpo o curia eclesiástica-, produciendo a su vez efectos en los cuerpos de los/as sujetos que las componen, recortando un valor fundamental: la disciplina del cuerpo y del espíritu.

De más está decir que la institución de la medicina ha tomado históricamente rasgos de uno y otro armado institucional; ya sea desde la llamada *alianza entre la sotana negra y la bata blanca*

(Vasco Uribe, 1987) como modo de caracterizar la matriz moral compartida entre medicina y las religiones judeo-cristianas; hasta elementos comunes que encontramos en la organización y organigrama de la institución hospitalaria, idénticos a los del ejército (departamentos, divisiones, jefaturas, mandos claros y verticales, etc.). En este sentido, se plantea que el cuerpo-médico reviste para los sujetos una imposibilidad relativa de separación o diferenciación, como también de cierta cancelación de la elección: no se suele elegir participar de dicha institución, ya que se presupone sitio privilegiado para el tratamiento del cuerpo y sus afecciones. Apartarse o mostrarse en oposición, las más de las veces, arroja a las personas a ser tildadas de imprudentes o a presuponer -bajo constructos como el de la “adherencia al tratamiento”- que “allí no habría voluntad de curarse, de vivir”³.

Así las cosas, si “a la medicina no se le cuestiona nada” arribamos al concepto de *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2003) como ahistórico, asocial, biologicista, despojado de variantes culturales y locales, desprovisto de una perspectiva de género o diversidad, centrado en la eficacia terapéutica y, sobre todo, obturando la dimensión de la palabra (no sólo la del paciente sino también incluso la del médico o agente curador). La hegemonía de este discurso degrada pero al mismo tiempo deja cierta brecha a que coexistan las llamadas “medicinas alternativas” (holística, ayurvédica, homeopática, orientales, entre otras) de manera subalterna a la medicina hegemónica. Estas medicinas o artes de curar suelen tomar al cuerpo como una unidad -y no fragmentado como lo trata la medicina occidental clásica- pero, de todos modos, omiten la pregunta por la singularidad y los efectos del lenguaje: esto es, que el cuerpo es, además del sustrato biológico, una cartografía de las palabras y los afectos.

Introducimos para la discusión el concepto de cuerpo-médico como aquel cuerpo que las ciencias médicas y sanitarias en general han pensado, teorizado y por ende tratado como un cuerpo del *cogito cartesiano*, es decir separado de la “mente”, fragmentado. Advertidos de los efectos que el disciplinamiento de los cuerpos produce -tanto por la institución de la medicina como por otras- (Foucault, 1997) reparamos específicamente en las consecuencias que este cuerpo-médico produce en la subjetividad de las mujeres: el cuerpo-médico como modo de producción de subjetividad. Esto es, cuerpos que no sólo han sido y son disciplinados por las tecnologías médicas y del yo, sino también cuerpos que *son* en función de los tratamientos, diagnósticos y pronósticos de los agentes sanitarios. Resulta curioso que, habiendo puntualizado cierto recorte histórico de las ciencias médicas y del psicoanálisis en torno a las mujeres, ubicando los efectos acontecidos durante finales del siglo XIX y principios del siglo XX, este modo de producción de subjetividad que

3 Justamente el concepto de *pulsión de muerte* introducido por el psicoanálisis es muchas veces aplicado sesgada e incorrectamente a situaciones en las cuales se decide no aceptar un tipo de cura o tratamiento.

denominamos cuerpo-médico siga estando presente. Nuestro planteo concluye en la siguiente premisa: no sólo el disciplinamiento del modelo médico hegemónico tiene efectos en la subjetividad [de las mujeres], sino que la subjetividad es construida como cuerpo-médico, siendo muy pocas las oportunidades para pensar de otro(s) modo(s) a los cuerpos.

Para esto, ensayamos la siguiente hipótesis: pese al avance y el quiebre producido por el psicoanálisis -junto con otras disciplinas, saberes y discursos- de los modos tradicionales de circunscribir los cuerpos de las mujeres, observamos al mismo tiempo un *retorno*, en clave freudiano, de formas antiguas de nombrar y operar sobre el cuerpo; y dicho retorno se produce desde lo idéntico -de ahí su cara repetitiva- pero recogiendo y sirviéndose de formas actuales y quizás aparentemente inocuas y sutiles de la medicalización. Volveremos sobre esto en el apartado final.

4. Un cuerpo fragmentado...por la medicina

Se presenta a continuación la reconstrucción de un caso clínico⁴ de una mujer joven a los fines de articular lo desarrollado arriba. Llamaremos C. a la consultante, quien inicia un tratamiento psicoanalítico luego de vivenciar algunas sensaciones corporales extrañas y problemas para conciliar el sueño y descansar; problemas que ella engloba bajo el rótulo de “ataque de pánico⁵”, elemento que llevó a la psicoanalista en cuestión a trabajar acerca de porqué advenía la necesidad de nombrar rápidamente de algún modo convencional a su padecimiento.

4.1. Del cuerpo atacado por el pánico de la muerte, al cuerpo que es de los otros

Advertida de la “eficacia” y a la vez del obstáculo que ciertos nombres convencionales y medicalizantes tienen como efecto en una cura -en este caso la idea de “ataque de pánico”-, se invitó a la joven a ubicar las condiciones históricas recientes en que dichas sensaciones advinieron. Así, y al contextualizar dicho suceso, el mismo cede parte de su extrañeza al enlazarse con un acontecimiento reciente y sumamente perturbador: lo cerca que estuvo una persona de su familia de morir. Dichas sensaciones comienzan a tomar una significación nueva, aunque no menos

4 Cabe aclarar que, además de mediar consentimiento informado por parte de la mujer en cuestión, lo presentado aquí recoge la modalidad freudiana de las construcciones en psicoanálisis (1937); esto es, el caso clínico pensado no como una transcripción literal de lo acontecido durante la sesión propiamente dicha, sino esencialmente como una construcción literaria que un/a psicoanalista efectúa para hacer transmisible la clínica. Así, el caso no se pretende como “paradigmático” o universalizable, sino dando cuenta de un modo posible de operar clínicamente frente a un caso particular, del cual se apunta estrictamente a extraer sus elementos singulares.

5 Un análisis exhaustivo de esta nomenclatura excede los fines y límites de este escrito. No obstante, resulta interesante problematizar el concepto, advertidos del uso mercantil y medicalizante dado en la actualidad, que lo tornan un fenómeno social casi masivo, como si estuviera de moda. En el mismo sentido, resulta también interesante en futuras indagaciones revisar el concepto, o más bien sus signos, causas y sintomatologías, desde un recorrido genealógico de la obra freudiana y la categoría *histeria de angustia* por él planteada (1926), como una forma de la histeria grave en donde el mecanismo conversivo se encontraría en reserva, dando así paso a la expresión directa de la angustia en el cuerpo propio.

angustiosa: hubo algo de la muerte, la de los otros y la propia, que se expresó abruptamente en el cuerpo; de ahí la falta de aire, la angustia masiva y la sensación de estar muriéndose.

Luego de este pase de sentido comienza a emerger la historia reciente de padecimientos: aparecen otros dolores del cuerpo, centrados en su boca, mordida, mandíbula y tímpano: todos ellos ubicados en una localización peculiar del cuerpo, el lado izquierdo. Ahondar en la causa de esta particular localización excede el objetivo de este recorte, pero se menciona a los fines de ubicar que en la arbitrariedad de la localización es posible ubicar el carácter simbólico -y por ende histórico y social- del síntoma. Recortada esta zona particular aparece, junto al relato exhaustivo y minucioso de cómo es sentido y sufrido cada uno de esos padecimientos, el repertorio de profesionales diversos que la joven ha venido consultando durante los últimos años. Se ubica que gran parte de su tiempo, preocupaciones y dinero han sido invertidos en recurrir a todos los profesionales que la cartilla de la obra social y otros contactos le proveyeron -médicos, especialistas diversos, curadores alternativos, psiquiatras-. La angustia adviene en su discurso al ubicar un elemento común: todos esos dispositivos que consultó, todos esos profesionales y curadores, coinciden en que su(s) afección(es) están “injustificadas”, que no hay explicación “médica” para dar cuenta del grado de padecimiento y malestar que los diversos signos objetivos implicarían.

Este “descubrimiento” lleva a la psicoanalista a hacerle notar cómo su cuerpo, sexualidad y padeceres han sido hasta ahora solamente nombrados por otros, por médicos y especialistas. Es decir, cómo su cuerpo le ha pertenecido a otros -ahora a profesionales de la salud, antes a diversos entrenadores físicos y deportivos que supo tener en su adolescencia-: esto es, “o un cuerpo de los médicos, o un cuerpo del deporte”, pero hasta ahora ni registro de su cuerpo como propio, aún en su extrañeza y molestia. Este cuerpo de los otros, sobre todo de la medicina, ha tenido a su vez otro efecto: la no posibilidad de usar su cuerpo, un empobrecimiento subjetivo fruto de la fragmentación que la biomedicina produjo y que ella acató.

4.2. La hipocondría como una ética frente al malestar

Se recorta así otro efecto de este cuadro de situación: C. sufre constantemente de estados hipocondríacos, siente que se va a enfermar⁶, o que está severamente enferma -“de la cabeza”- o lisa y llanamente siente a la muerte cerca. Freud, en su texto Una neurosis demoníaca del siglo XVII (1923 [1922]) ensayaba la siguiente hipótesis: mientras en el siglo mencionado abundaban los

6 Este sentimiento a priori es también desarrollado psicoanalíticamente desde el concepto de *apronte angustioso* por Freud (1926) o también trabajado luego por Lacan (1962-63). Nos limitamos a enunciar que el apronte tiene la función de producir una liberación de angustia previa a un hecho o escena que se presume traumática, intentado su evitación; así, en nuestro caso, sería posible relacionar a la hipocondría con el “ataque de pánico” sufrido, y a ambos con el trauma -entendido éste como lo no ligado a una representación, un afecto dislocado que obtura la historización y que retorna idéntico en la actualidad de un/a sujeto-.

delirios y perturbaciones de la realidad con temática demoníaca, satánica y bíblico-religiosa, en su siglo XIX y XX -siglo que ilustra una época que ya no es la nuestra pero que aún recogemos sus efectos- dicha temática o clisé había casi desaparecido y que, por el contrario, la temática privilegiada tenía que ver con la medicina. Su hipótesis apuntaba a develar que el padecimiento de una época hunde sus raíces en un rechazo más o menos acabado hacia el discurso dominante que impera; allí en el siglo XVII el discurso de la creencia religiosa-eclesiástica y sus delirios místico-demoníacos, allí a principios del siglo XX el discurso de la ciencia [médica] y su “delirio médico”, la hipocondría.

Curiosa hipótesis que, releída desde la actualidad, podríamos reformular en términos del padecimiento subjetivo entendido como una forma en que los/as sujetos ponen en cuestión cierta hegemonía discursiva, encontrando así una vez más el carácter de *denuncia* que el acontecimiento histórico produce en torno al Otro y su arbitrariedad: la hipocondría como “el colmo” que se le plantea a la medicina, en tanto los efectos sintomáticos no encuentran localizaciones o causas orgánicas, visibles, medibles u objetivables. Así, la hipocondría puede ser pensada en nuestro recorte clínico como un padecimiento sumamente lúcido y, trabajo clínico mediante, plausible de ser reconducido hacia formas de la denuncia que no tengan como condición el empobrecimiento psíquico. Por ello, es lícito aludir a la existencia de “...*un feminismo espontáneo en la histeria que consiste en la protesta desesperada, aberrante, actuada, que no llega a articularse en palabras, una reivindicación de un feminidad que no quiere ser reducida a la sexualidad*” (Dio Bleichmar, 1985, p. 214). Así, la hipocondría como una posición ética contestataria frente a un modo epocal de nombrar y operar sobre el malestar.

4.3. Dolor del cuerpo, dolor de existir: formas de su rechazo

En *Duelo y melancolía* (1917 [1915]) Freud ubica a la instancia de la *consciencia moral* como escindida del resto del Yo y, por lo tanto, plausible de enfermarse por sí sola. Así, el autor sitúa a la melancolía como una nosología en la cual se destaca el “...*desagrado moral con el propio yo por encima de otras tachas*” (Ibíd, pg.245). Es decir que para Freud el sujeto melancólico traduce la pérdida como un dolor de la moral (Soler, 1984). El dolor está más allá, dice Freud, del quebranto físico, la fealdad, la debilidad, la inferioridad social, etc. (1917 [1915]). El melancólico es un sujeto que “*eleva la falta a la culpa y toma la culpa a su cargo*” (Soler, 2012, pg.36). De este modo, la falta adopta el lugar de la culpa. El sujeto se culpabiliza mediante autorreproches morales por la pérdida en juego.

Por su parte, Lacan (1963) desarrolla el concepto de *dolor de existir*, que halla su correlato

con la culpa moral que argumenta Freud, en tanto ubica dicho dolor como *culpa de existir*, y delimita que en el sujeto melancólico dicho dolor se encuentra en estado puro. Sin embargo, el dolor de existir es un dolor universal cuando se encuentra en un estado mixto o dividido (Soler, 1989), en tanto remite a lo *injustificable de la existencia* (Ibídem). El dolor se expresa por aquello que no tiene explicación de la propia existencia y que, además, conlleva la idea de la muerte -propia y de los seres queridos-.

La dimensión final del recorte aborda la cuestión del dolor. La joven C. no deja de quejarse de los dolores que sus síntomas diversos le implican, ya que son dolores reales, que acontecen en el cuerpo -lejos de toda especulación que lleve a pensar este u otros casos desde la moral biomédica que estipula la existencia de “síntomas inventados, irreales o fantaseados”-. En una ocasión, al hablar de su cuerpo y sus dolores -hasta ahora casi único tema abordado-, se refiere a una nomenclatura, una sigla, que un especialista alguna vez le adjudicó a lo propio de sus dolores mandibulares. Enuncia la sigla y sigue hablando, pero la psicoanalista escucha algo peculiar y le pide que le recuerde cuál era el nombre que la sigla condensaba. La joven responde con el nombre completo del síndrome en cuestión, y agrega que ella lo llama por su sigla ya que el problema le es “*familiar*”. A lo cual, interpretación mediante, la analista le responde: “*ah, entonces tenés un problema familiar*”. Lejos de un juego de palabras, el carácter interpretativo se devela por trabajar el saber inconciente y devolverlo a quien lo enuncia, escucha prolongada y sostenida mediante, de manera invertida: se ha dicho simplemente lo que la joven dijo, se tornó significante algo que era solamente una sigla vacía, permitiendo que lo familiar -emparentado por Freud siempre con lo extraño, ominoso y siniestro- remitiría a otra significación: su familia, su madre, sus hermanas, la relación mortífera con y entre ellos.

El dolor escenifica un cuerpo que ha virado en extraño. Un momento en que el cuerpo va más allá del principio de placer, dolores mediante. La propuesta lacaniana que delimita la diferencia entre *ser y tener* un cuerpo (1972) adquiere aquí pleno derecho: ser un cuerpo, extraño y renegado por los discursos biomédicos (y a veces por el propio discurso psicoanalítico), arroja a los sujetos (hombres y mujeres) a un punto de inflexión, a la posibilidad de tomar una [segunda] decisión. En el caso de C., intentar recoger la extrañeza y el sin-sentido de su cuerpo y de sus síntomas; articularla con algo no menos extraño y enigmático, como lo es la pregunta por la muerte, por las relaciones con sus familiares, su posición como mujer, como hija, etc. Sostener esa extrañeza corporal, o lo que es lo mismo, hacer del dolor un interrogante, puede permitir hacerse de una historia que tenga como desenlace y a la vez como punto de partida la afirmación de que todo dolor, aún con el cuerpo, es *dolor de existir* (Lacan, 1963). En este punto, somos freudianos al ubicar

como operación príncips de todo psicoanálisis el intento de hacer advenir “...*el nexo entre la historia del padecimiento y la dolencia misma*” (Freud, 1893-95, p. 154), elemento que la biomedicina obtura a través del ofrecimiento de nomenclaturas y técnicas medicalizantes, arrojando a las personas a una incertidumbre propia de haber cancelado la pregunta por la historia, la cual -aunque estructuralmente inconclusa, enigmática y conflictiva- permite ir más allá de las profecías autocumplidas [de la biomedicina] y de las formas de la *neurosis de destino* (Freud, 1916-1920). Como disyuntiva, o el destino signado por el discurso hegemónico, o la posibilidad de construir una propia historia -que no sea solamente clínica-.

En síntesis, el constructo cuerpo-médico nos permite delimitar críticamente uno de los efectos centrales del discurso médico hegemónico: que el cuerpo -o algunas de sus partes-, al ser ubicado como anormal o patológico, se convierte en ajeno y extraño al propio sujeto -entendido este como un sujeto racional, autónomo y completo-; ajeno y extraño, elidiendo a la historia, alienado a un Otro de la biomedicina en el lugar del todo-saber sobre el propio cuerpo. De este modo, ubicamos que el cuerpo-médico rechaza el dolor de existir como un modo posible de sentir dolor, cancelando la pregunta por el lugar de la muerte, el cuerpo y la sexualidad para cada quien.

5. Conclusión y discusiones a futuro sobre las formas actuales de la biomedicalización

En la presente ponencia hemos desarrollado diversas formas de pensar y conceptualizar el cuerpo, recortando para la discusión la categoría de cuerpo-médico y sus efectos en la subjetividad y en los cuerpos de las mujeres. Para ello, se ha efectuado una caracterización del cuerpo desde el modelo médico hegemónico, para luego traer desde el psicoanálisis la particular reflexión en torno al síntoma histérico y las posibilidades que este operador ofrece para pensar el malestar y la historia singulares. De más está decir que el pasaje por el discurso psicoanalítico se plantea como simplemente una forma posible, y no como otra hegemonía discursiva; se trata de sentar líneas de lectura, discusión e investigación que promuevan el diálogo interdisciplinario con otras disciplinas, saberes, discursos y tradiciones. En especial, resulta de particular interés para próximas indagaciones la posibilidad de conceptualizar formas del malestar tales como la migraña, de “desconocida” localización para la medicina tradicional pero igualmente diagnosticada y medicalizada sobre todo en las mujeres, dialogando desde el psicoanálisis con los enfoques actuales en sociología y antropología de la salud.

La lectura psicoanalítica del cuerpo o de la biología, al incluir la historia y las coordenadas singulares y contingentes, se aleja así de un enfoque biologicista o reduccionista. Al mismo tiempo,

es necesaria la advertencia de que hay otros reduccionismos al que un psicoanálisis puede incurrir, como es el caso de la idealización de la propia teoría o metapsicologías freudianas, lacanianas o de otrxs. Lo que en última instancia permite la circunscripción de la historia del padecimiento no es la teoría o una técnica, sino más bien una ética que el psicoanálisis y otros enfoques subjetivantes permiten.

Retomando la pregunta inicialmente planteada, *¿qué impacto tiene el modo en que la biomedicina transmite la enfermedad del cuerpo en la subjetividad de las mujeres?*, se ha presentado la tesis que plantea al cuerpo-médico como modo de producción de subjetividad, es decir, no sólo afectando y teniendo efectos en los cuerpos de las mujeres, sino también haciendo-cuerpo. Dicha vertiente, en nuestra opinión, propicia modos de pensar la biomedicalización no sólo desde la tradicional alusión al fármaco o al diagnóstico que, siguiendo nuevamente a Foucault, se recorta el discurso médico como *sin exterioridad* (2007); desde formas sutiles en las que se produce un cuerpo sin posibilidad de ser y de estar por fuera del discurso médico. Así, ya no es la enfermedad lo que se transmite, ni la que en sí misma produce subjetividad; no es necesario enfermar para que el cuerpo sea un cuerpo-médico. Por lo cual, resulta necesaria una revisión del PSEAC en términos discursivos -siendo así el psicoanálisis un instrumento propicio-.

Como propuesta de de trabajo, en pos de subvertir los efectos del cuerpo-médico, resulta necesario operar desde el propio cuerpo, el de quien padece y el de quien esté allí escuchando y propiciando prácticas de cuidado. *Poner el cuerpo* no en el lugar de un objeto -ajeno- sino como posición ética frente al malestar, el cual nunca es ajeno. Resulta así posible establecer una compatibilidad entre la propuesta ética del psicoanálisis y la categoría de cuidado, pensado a este como un más allá de la atención en sentido clásico.

Bibliografía

- Butler, J. (2004[2006]). *Deshacer el género*. Paidós: España.
- de Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*, 12º edición. Buenos Aires: Debolsillo, 2016.
- Dío Bleichmar, E. (1985). *Histeria y género. El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid, España: Adotraf.
- Foucault, M. (1966). *El cuerpo utópico. Las heterotopías: ed. Nueva Visión*.
 - (1968). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI
 - (1997). *El nacimiento de la clínica*, Madrid: Siglo XXI
 - (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

-Freud, S. (1893-5). “Señorita Elisabeth von R.”, en Estudios sobre la histeria. Obras Completas, Vol. II, Bs.As., Amorrortu Editores.

– (1893-95) Estudios sobre la histeria. En Obras Completas, vol. II, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006

– (1914a). Introducción al narcisismo. En Obras Completas, vol. XIV, Bs. As., Amorrortu

– (1914b). Recordar, repetir y reelaborar. En Obras completas, Amorrortu, vol XII, Buenos Aires, 2006. Editores, 2006

– (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras Completas, vol. XIV, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

– (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados [literalmente extraídos] por el trabajo psicoanalítico. Amorrortu editores, XIV; Studienausgabe, tomo X.

– (1917[1915]) Duelo y melancolía. En Obras Completas, vol. XIV, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

– (1917). El tabú de la virginidad, en Obras Completas, Vol. XI, Bs.As., Amorrortu Editores.

– (1920) Más allá del principio de placer. En Obras Completas, vol. XVIII, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

– (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras Completas*, vol. XVIII, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

– (1923) El Yo y el Ello. En Obras Completas, vol. XIX, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

– (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. en Obras Completas, Vol. XX, Bs.As., Amorrortu Editores.

– (1933[1932]). 33° Conferencia: La feminidad, en Obras Completas, vol. XXI, Bs. As., Amorrortu Editores.

– (1937). Construcciones en el análisis. En *Obras completas*, tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.

-Lacan, J. (1955). El sentido de un retorno a Freud. INÉDITO. Recuperado desde: <https://www.uces.edu.ar/journalsopenaccess/index.php/FiliyPsi/article/download/274/283> (28 de junio de 2017)

– (1962-63). La angustia. Seminario X, Paidós, Bs. As, 2006.

– (1963). “Kant con Sade”, en Escritos II, Siglo XXI, México.

– (1969-1970). El reverso del psicoanálisis. Seminario 17, Paidós, Bs. As. 1996

– (1971-1972). El saber del psicoanalista, Charlas en Sainte Anne (inédito).

– (1972) Aún. Seminario 20. Ed: Paidós, Buenos Aires, 1992

– (1976a). “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en Escritos II, Siglo XXI,

México.

– (1976b). "Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis", Escritos I, Siglo XXI, México.

-Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva* 8 (1) 185-207.

-Miller, J.-A. (1985-86). *Extimidad*. En Curso. Buenos Aires: Paidós

-Sartre, J. P. (1998). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Losada.

-Soler, C. et al. (1984). "Standars no Standards". En *¿Cómo se analiza hoy?* Buenos Aires: Manantial, 1993.

-Soler, C. (1989) *Pérdida y culpa en la melancolía*. En *Estudios sobre las psicosis*. Editorial Manantial, Buenos Aires.

– (2010). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2010/09/colette-soler-el-cuerpo-en-la-ensenanza.html>.

-Vasco Uribe, A. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Conferencia presentada en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín.