

# **Del cuerpo que duele al caso que se construye.**

De Baldrich, Lucia.

Cita:

De Baldrich, Lucia (2025). *Del cuerpo que duele al caso que se construye. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/531>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/YqN>

# DEL CUERPO QUE DUELE AL CASO QUE SE CONSTRUYE

De Baldrich, Lucia

GCBA. Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear". Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo poner en valor la importancia de construir un caso clínico a partir de la lectura de los aspectos estructurales, la dinámica transferencial, ciertos modos de intervención y el deseo del analista, como coordenadas fundamentales para orientar una dirección posible en el tratamiento. A través del recorrido de una paciente diagnosticada médicaamente con fibromialgia, se abordará la complejidad de los síntomas que se presentan en el cuerpo y se explorarán las dificultades que implican intervenciones en el marco de una clínica que desborda la lógica del signficante. Se trata de un caso que permite problematizar el fenómeno psicosomático y, con ello, interrogar ciertas categorías teóricas que ofrecen herramientas para alojar modalidades actuales de presentación del malestar subjetivo.

## Palabras clave

Construcción de caso - Fenómeno psicosomático - Transferencia  
- Dirección de la cura

## ABSTRACT

### FROM THE SUFFERING BODY TO THE CONSTRUCTED CASE

This paper aims to highlight the importance of constructing a clinical case based on the reading of structural aspects, transference dynamics, certain modes of intervention, and the analyst's desire, as fundamental coordinates for orienting a possible direction in treatment. Through the clinical journey of a patient medically diagnosed with fibromyalgia, the complexity of symptoms manifested in the body will be addressed, and the difficulties involved in interventions within a clinic that exceeds the logic of the signifier will be explored. It is a case that allows for a critical reflection on the psychosomatic phenomenon and, in doing so, questions certain theoretical categories that provide tools to accommodate current modalities of subjective suffering.

## Keywords

Case construction - Psychosomatic phenomenon - Transference  
- Direction of the cure

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se propone construir el caso clínico de G a partir de coordenadas fundamentales como la transferencia, los aspectos estructurales y los modos de intervención posibles, en el marco de un fenómeno psicosomático que tensiona las modalidades clásicas de la práctica.

G es una paciente de alta complejidad, que presenta un embrollo de síntomas en relación a su cuerpo, padece de dolores generalizados a diario y ha obtenido desde hace unos años un diagnóstico médico de fibromialgia.

La fibromialgia es una condición grave, con dolores intensos en diversas partes del cuerpo. Los pacientes suelen probar múltiples tratamientos médicos sin encontrar la causa de sus dolores ni una medicación del todo eficaz. Existen varias hipótesis médicas sobre su etiología, pero la falta de un origen claro hace que sea un tema controvertido en la medicina. Como señala Santiago Castellanos (2009), "Hay un dolor que escapa la posibilidad de ser tratado por el discurso de la ciencia". Castellanos explora la experiencia de las personas con fibromialgia desde una perspectiva integral, destacando la importancia de los aspectos subjetivos y sociales del dolor en su tratamiento. En el caso de G, durante el año en que la atendí, hubo varios movimientos significativos en la transferencia, que suscitaron preguntas sobre las intervenciones frente a su sintomatología y revelaron obstáculos inherentes a cualquier proceso terapéutico.

## SOBRE ALGUNOS ENCUENTROS

G, de 31 años, había estado en tratamiento durante los últimos 3 años, el cual fue interrumpido hace pocos meses por su psicólogo, quien le dijo que no estaba para acompañarla en su proceso actual, y no realizó ninguna derivación a otro profesional. Cuando le pregunté qué la motivaba a consultar, respondió que se sentía estancada, angustiada, y le costaba proyectarse. Agregó: "Y la respuesta que más me gusta: porque tengo fibromialgia. Mi quietud tiene que ver con eso. Me encuentro muy rígida a nivel del cuerpo y de la cabeza"(sic).

Convivía con su hermana de 28 años, con quien mantenía un buen vínculo y con su madre, diagnosticada con depresión, con quien tenía mucho conflicto: "A ella le atribuyo el 90% de lo que me sucede a nivel del cuerpo"(sic). Al retomar este punto, dice que desde chica tuvo que hacerse cargo de acompañarla, ya que con frecuencia se presentaba muy decaída anímicamente. Ubica que esto se acentuó a sus 14 años cuando el padre se fue

de la casa, con él dice haber tenido a lo largo de su infancia una muy mala relación. Lo recuerda agresivo tanto verbal como físicamente. A sus 20 comenzó a vincularse con él de mejor modo y lo considera un gran sostén desde lo económico. Al preguntarle acerca de este cambio en la relación con su padre, refiere que comenzó a estar más presente a partir de sus dolores: “*Porque me empecé a mostrar más rota*”(sic). Si bien los malestares físicos de G comenzaron a sus 20, el diagnóstico se lo habían dado hace dos años, coincidiendo en fecha con la internación de su madre en un psiquiátrico.

Había estudiado coaching ontológico, aunque aún no había completado su tesis. Tenía 2 consultantes y daba clases en la universidad en una materia optativa de la cátedra de su padre. G transitaba varios espacios “de sanación” como coaching ontológico, yoga terapia, biodescodificación, homeopatía y nutrición. Sin embargo, traía mucha angustia por no poder cumplir con las exigencias de sus terapeutas.

En siguientes encuentros el discurso de G giraba en torno a los dolores que le impedían hacer otra cosa más que ponerse hielo y estar recostada. Había estado yendo a la guardia por el dolor intenso en cabeza y cervicales que no cedía. Su angustia era cada vez mayor y constantemente repetía “siento que estoy fallando”(sic). Me escribió un día que no solemos vernos, para decirme no saber qué hacer: “*la cabeza me está jugando una mala pasada*”, “*tengo miedo que me agarre un ataque de pánico*”(sic). Le propongo tener una sesión ese mismo día. La demanda de ciertos espacios se le estaba haciendo insostenible, lo que me llevó a señalar que no era momento de exigirse con cumplir estrictamente lo que demandaba cada espacio, que son muchos y resultaba muy difícil. Me comenta que a veces tomaba clonazepam de su madre, por indicación de su homeópata. Le sugerí consultar a un psiquiatra con quien trabajo y me dijo que eso la hacía sentir como si fuera su madre. Le señalé que lo que le sucedía a ella era muy distinto, es por eso que el plan debía ser ajustado y pensado para ella. A las semanas manifestó dejar la homeopatía y decodificación, aunque con culpa por soltar ciertos espacios, lo que le señale como necesario para poder sostener algunos otros.

Noté desde un principio la dificultad para intervenir y finalizar las sesiones, ya que G hablaba sin parar, y al final pedía leerme algo que escribió. Comencé a pedirle que lo recordara para la próxima sesión y a interrumpirla para retomar algo de lo dicho. También recibía mensajes extensos de ella durante mis vacaciones. Comienzo a ubicar que algo de su avasalladora demanda y de mi apertura sin límites debía ser pulido para ensayar ciertos bordes que habiliten la posibilidad de que “algo” o “alguien” se ausente. En su discurso aparecía como una constante su rigidez y quietud en relación a los dolores que no la dejaban avanzar. Las horas que pasaba poniéndose hielo y las actividades que debía suspender a causa de su malestar. Sin embargo también surgían de manera accidental algunas aristas en relación a sus intereses: la escritura y la música; su carrera de coach ontológico;

sus amistades y su deseo por irse a vivir sola. Decido preguntar y ampliar sobre dichos intereses y relaciones que son las que efectivamente la “mueven” y que la ubican en otro lugar que no es el de “enferma”.

Más avanzado el tratamiento, G se angustió por haber tenido que ir a la guardia por sus dolores, lo que consideraba un retroceso. Le señalé que, a pesar de los días “malos”, ya no estaba en el mismo lugar que antes. Había logrado obtener su título de coach, estar en malla frente a otros (algo que no había hecho nunca), completar una mentoría y crear una cuenta de Instagram para promocionarse. Se percibía cierto alivio ante estos señalamientos. Más adelante, introdujo el concepto de “sus segundos despertares”, indicando que aunque a veces se levantaba dolorida, podía tener buenos y malos momentos en el mismo día.

De este modo se sucedían las sesiones con G. con quien se ha podido ir trabajando y conmoviendo cierta rigidez de su posición inicial.

## ASPECTOS ESTRUCTURALES

Nuestra práctica se orienta en poder situar algún movimiento en la estructura del sujeto en cuanto algo del padecimiento se pone en juego. Es necesario para ello poder ubicar un punto de partida, es decir situar un diagnóstico de estructura que nos permita una estrategia clínica y una posible dirección.

Al pensar en un posible diagnóstico para la paciente del caso elegido, me presentó un desafío dado que no me resultó sencillo de entrada ubicarlo dentro de las tres categorías clásicas freudianas de neurosis-perversión-psicosis.

En un primer momento me pregunté por la posición de G. frente a la castración, en donde se pudo ubicar que no se trata de una forclusión, dado que no hay elementos para decir que se trate de una psicosis. Entonces podríamos ubicarla del lado de la neurosis; y es allí donde aparece la complejidad. Para esto me fue útil retomar el texto de Silvia Amigo “Bordes...un límite en la formalización”, donde ubica una eficacia de la castración en dos tiempos: el primero, el rechazo del goce; el segundo, alcanzar el goce en la escala invertida de la ley del deseo. Es preciso entonces para pasar del primero al segundo que opere un corte. “Esta marca de corte es adjudicada entonces al padre que pone, con su función, corte a la demanda de goce - pulsión - por parte de Otro. Para poder ordenar el empuje de goce cuando retorno de lo reprimido es imprescindible que el sujeto tenga en su haber la letra que lo provea de cause y borde”.

A lo largo de los encuentros con G. he podido recuperar elementos en relación a su historia infantil, sus primeras relaciones y su lugar en su núcleo familiar. La paciente ubica en su infancia haber estado en posición de sostén de dicha madre que presenta un cuadro depresivo, y menciona un déficit en el vínculo con un padre que se va a sus 12 años de la casa. Esta relación al padre toma un viraje al momento en el que G. comienza, según sus palabras, “a mostrarse más rota”. Siguiendo esta línea G.

ha sido más objeto del Otro que objeto de deseo. Si bien se ubica cierta operación de la función de corte del nombre del padre, ha ocurrido una dificultad para poner en funcionamiento lo fálico, lo que lleva a que la paciente no pueda desplegar el fantasma como soporte y presente un retorno a lo real en su modo de goce. Esto se evidencia en la relación de G a su cuerpo, presentando dolores insoportables que motiva las múltiples y frecuentes consultas por guardia.

Asimismo la cuestión por el deseo en el Otro se juega constantemente en G, en donde a lo largo de sus relatos aparecerá su demanda inagotable de amor y atención hacia sus amigos, familiares y hacia su analista. Esto podría aludir a la pregunta ¿Puedes perderme? o en otras palabras, ¿Soy causa o no de deseo? que aparece de forma frecuente en pacientes/sujetos-de borde.

Por último señalar, que lo que motivó la primera consulta conmigo fue el “abandono” de su anterior terapeuta, lo que nos lleva nuevamente a un rechazo vivenciado por la paciente y a un “no lugar” que marca sus efectos en su subjetivación.

### ACERCA DEL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

Con respecto al cuadro que presenta G se podría ubicar ciertas coordenadas que nos acercan al fenómeno psicosomático, dado que involucran al cuerpo de un modo específico. Leonardo Leibson lo define como un campo de fenómenos. “No es una “estructura”, ni una “patología” ni un “trastorno”. Se trata de un campo discursivo determinado por dos elementos fundamentales que son (por orden de aparición):una enfermedad que afecta al cuerpo en el sentido médico y un decir acerca de esa enfermedad con ciertas características”. (Leibson, L. pag.18). A medida que transcurrian las sesiones con G, pude ubicar cierto goce “congelado” en su sintomatología, que no parecía responder a un síntoma reprimido, sino mas bien a un fenómeno que no tenía relación con el inconsciente. Cómo nos aporta Bellucci el síntoma psicosomático “se encuentra fuera de la estructura metafórica, no siendo entonces interpretables...no responde a las leyes del inconsciente”(pag 80). Asimismo la paciente en su discurso ubicaba su condición de “fibromialgia” como su carta de presentación, su modo de relacionarse al Otro y a los objetos, lo que me lleva a pensar en sus dolores crónicos como un modo estable de respuesta subjetiva.

### POSIBLES MODOS DE INTERVENIR

Teniendo en cuenta el rasgo estructural del fenómeno psicosomático, no será la vía de la interpretación un camino efectivo en nuestra intervención. Se puede pensar entonces en producir alguna articulación lógica mediante la vía de la construcción del relato del sujeto, agregando S2 a esos S1 que trae el paciente. Permitirá bordear un real ahí donde la ligadura significante no está.

Silvia Amigo (1995), nos aporta la idea de que la falla del soporte fantasmático es uno de los motivos que obstaculizan la instalación del dispositivo clásico, el cual está sostenido en la suposición de saber y en la asociación libre. Ausente el anclaje fantasmático, que orienta la asociación libre, el discurrir de las ocurrencias toma con facilidad la forma de una metonimia angustiante, incluso enloquecedora. Para que la transferencia se haga posible, Heinrich (1996) hace hincapié en el deseo del analista, siendo que está del lado del acto, para pensar un posible tratamiento. El analista deberá dar un signo de su propia falta, del lado de la incompletud, para que en esa falta el sujeto pueda ubicarse. De este modo algo de lo que no sucedió pueda darse y permita cierto movimiento inédito.

### CONCLUSIÓN

El tratamiento con G ha ido fluctuando a lo largo de los meses, en donde por momentos se advertía cierta estabilidad y en otros se evidenciaba un posible desborde. Sus desbordes no son siempre iguales; y parte del tratamiento consistió en poder situar alguna diferencia con respecto a la rigidez que caracteriza la estructura de la paciente. Como así también, situar los movimientos que se fueron produciendo y ubicar algo de su posición con respecto al Otro.

Si bien hay mucho trabajo por delante, G. no es la misma que cuando comenzó hace un año atrás, hay algo de su propio saber sobre el goce de su sintomatología y sobre su modo estable de respuesta subjetiva que la paciente comienza a ubicar, lo cual ejerce sus efectos en sus vínculos, en los límites que pone al Otro y en el lugar que le otorga a su deseo.

El recorrido clínico evidencia que, incluso allí donde el cuerpo aparece como portador de un goce opaco al sentido, es posible construir un caso que oriente un tratamiento. La apuesta clínica está en alojar lo singular sin forzar interpretaciones, sosteniendo una práctica que, aún frente al desconcierto, pueda bordear lo real del padecimiento.

### BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, S. (s.f.). “Bordes...un límite en la formalización”.
- Belucci, G. (2016). Clínica psicosomática. La época del psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Castellanos, S. (2009). El dolor y los lenguajes del cuerpo. Olivos, Argentina: Grama Ediciones.
- Heinrich, H. (1996). Cuando la neurosis no es de transferencia. Homo Sapiens.
- Leibson, L. (2019). Cuando el cuerpo no aguanta todo (Prosiguiendo la discusión sobre el fenómeno psicosomático). Revista Imago. N 205. Pag.18.