

# **Consideraciones acerca del estatuto del cuerpo en presentaciones clínicas complejas.**

Quesada, Silvia, Donghi, Alicia Ines, Guzman, Leandro Ezequiel, Rodriguez, Rafael Osvaldo y Sibila, Manuel.

Cita:

Quesada, Silvia, Donghi, Alicia Ines, Guzman, Leandro Ezequiel, Rodriguez, Rafael Osvaldo y Sibila, Manuel (2025). *Consideraciones acerca del estatuto del cuerpo en presentaciones clínicas complejas. 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/000-004/551>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/3Ub>

# CONSIDERACIONES ACERCA DEL ESTATUTO DEL CUERPO EN PRESENTACIONES CLÍNICAS COMPLEJAS

Quesada, Silvia; Donghi, Alicia Ines; Guzman, Leandro Ezequiel; Rodriguez, Rafael Osvaldo; Sibila, Manuel  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La ansiedad, la angustia y también las crisis de pánico ocupan hoy en día gran parte de la demanda de atención en salud mental. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) los llamados trastornos de ansiedad, denominados así por la psiquiatría, son los más comunes de los desórdenes en salud mental y que poseen mayor prevalencia a nivel mundial. En el año 2019 afectaron a 301 millones de personas, lo que representó aproximadamente el 4% de la población a nivel global. El proyecto de investigación UBACyT en el que se inscribe este trabajo es un proyecto de investigación clínica, que tiene como eje de investigación, diferenciar tanto desde el punto de vista de sus manifestaciones clínicas, como desde su comprensión metapsicológica, estos tres afectos: la ansiedad, la angustia y el pánico, ya que consideramos que son tres afectos diversos. Por otra parte, también se analiza la dimensión, estatuto del cuerpo y su emergencia en diferentes presentaciones clínicas.

## Palabras clave

Cuerpo - Ansiedad - Evaluación - Pánico

## ABSTRACT

### CONSIDERATIONS ON THE STATUS OF THE BODY IN COMPLEX CLINICAL PRESENTATIONS

Anxiety, anguish and panic attacks currently account for a large portion of the demand for mental health care. According to the World Health Organization (WHO), the so-called anxiety disorders, as classified by psychiatry, are the most common among mental health disorders and have the highest global prevalence. In 2019, they affected 301 million people, representing approximately 4% of the global population. The UBACyT research project within which this study is framed is a clinical research project whose central aim is to differentiate, both in terms of their clinical manifestations and their metapsychological understanding, these three affects: anxiety, anguish, and panic, as we consider them to be distinct affective experiences. Additionally, the study analyzes the dimension and status of the body, and its emergence in various clinical presentations.

## Keywords

Body - Anxiety - Assessment - Panic

Sabemos que la ansiedad, la angustia y también las crisis de pánico ocupan hoy en día gran parte de la demanda de atención. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) los llamados trastornos de ansiedad, denominados así por la psiquiatría, son los más comunes de los desórdenes en salud mental y que poseen mayor prevalencia a nivel mundial. En el año 2019 afectaron a 301 millones de personas, lo que representó aproximadamente el 4% de la población a nivel global.

Observamos que en términos generales tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres, en una relación 4 a 1. Y por otra parte una diferencia interesante a observarse es la modificación, en los últimos años, de la edad de inicio de esta sintomatología, que en la actualidad se ubica en la infancia y adolescencia. Es decir que en los últimos años ha aumentado su prevalencia en la infancia.

Por otra parte, hay coincidencia desde diversos paradigmas teóricos en que es una sintomatología que posee un alto impacto en la vida de quien la padece, interfiriendo el trabajo, las actividades cotidianas, en definitiva, deteriorando la vida familiar, social y laboral de un sujeto.

Aunque existen tratamientos muy eficaces para este tipo de trastornos, aproximadamente solo una de cada cuatro personas que lo necesitan reciben algún tratamiento.

El proyecto de investigación UBACyT en el que se inscribe este trabajo es un proyecto de investigación clínica que se ocupa, tanto desde el punto de vista de sus manifestaciones clínicas, es decir su sintomatología, como desde su comprensión metapsicológica, de la diferenciación entre tres afectos la ansiedad, la angustia y el pánico, ya que se considera que son tres afectos diversos, y que desde otros paradigmas teóricos como la psiquiatría o la psicología cognitiva suelen englobarse en el capítulo de los "Trastornos de ansiedad". Efectivamente como ya hemos señalado en trabajos anteriores a este (Quesada et al., 2023), existe una diferencia que desde el paradigma del psicoanálisis estamos en condiciones de abordar y desarrollar.

Por otra parte, al tratarse de un proyecto de investigación clínica, y que además tiene inserción en una institución hospitalaria, se hace necesario, por lo acotado en el tiempo del tratamiento de los pacientes, contar con información, que nos permita, abordar la demanda de atención de manera eficaz. Por esa razón hemos incluido en el protocolo de investigación determinadas técnicas de exploración y diagnóstico que resultan útiles a la hora de avanzar en estas diferencias.

Por ello, en el marco de la presente investigación clínica, centra-  
da en los modos en que el cuerpo se encuentra implicado en las  
manifestaciones de angustia, pánico y ansiedad, se incorporó el  
uso del *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R) de Derogatis como  
herramienta complementaria. Si bien el abordaje se inscribe en  
una perspectiva psicoanalítica, la inclusión de este instrumento  
respondió a la necesidad de contar con un recurso que permitie-  
ra objetivar ciertos aspectos del sufrimiento subjetivo, especial-  
mente en lo que respecta a su expresión somática. El SCL-90-R  
posibilita identificar, de manera estructurada, la presencia e in-  
tensidad de síntomas que frecuentemente aparecen en el cuer-  
po como vía privilegiada de expresión del malestar psíquico,  
permitiendo un recorte clínico más preciso sin reducir la com-  
plejidad del fenómeno. En este sentido, el uso del SCL-90-R no  
implica una renuncia al posicionamiento clínico psicoanalítico,  
sino una apuesta por enriquecer la lectura de las formaciones  
sintomáticas en su dimensión psico-corporal. Particularmente,  
se exploraron las escalas vinculadas a somatización (que in-  
daga la presencia de síntomas físicos que no encuentran una  
explicación médica clara, poniendo en evidencia el cuerpo como  
escenario del conflicto psíquico) y ansiedad (que evalúa mani-  
festaciones tanto cognitivas como fisiológicas del estado ansio-  
so, seleccionando para este trabajo aquellos ítems de la escala  
referidos a lo corporal), consideradas relevantes para pensar el  
lugar del cuerpo en las presentaciones clínicas actuales.

Pueden señalarse como resultados significativos que algunos  
de los síntomas del inventario aparecen señalados por la totali-  
dad de los pacientes como problemáticas sufridas: “dolores de  
cabeza”, “tener un nudo en la garganta”, “sentir flojedad, debi-  
lidad en partes del cuerpo”, “sentirme muy agitado o nervioso”,  
como así también otros síntomas que se hallan presentes en la  
gran mayoría de los protocolos: “sensación de mareo o desma-  
yo”, “nauseas o dolor de estómago”, “tener dificultades para  
respirar bien”, “temblores en mi cuerpo” y “mi corazón late muy  
fuerte, se acelera”.

La presencia transversal de estos síntomas en la totalidad o en  
la gran mayoría de los protocolos sugiere la presencia del cuer-  
po como escenario privilegiado de la inscripción de un conflicto  
de origen pulsional que no consigue el éxito pleno en su inscrip-  
ción psíquica.

La ansiedad y el pánico, lejos de ser meros trastornos categoriales,  
pueden ser leídos como respuestas a una irrupción de canti-  
dad que desborda el aparato psíquico, no obstante, es necesario  
destacar que son respuestas de distinta índole. El pánico sitúa  
un momento crucial en donde el principio del placer ha sido  
abolido, la ansiedad, conserva el imperio del mismo, aunque  
amenazado.

Como orientación a la dirección de la cura es interesante resca-  
tar aquella vieja tesis de Freud que vincula a las neurosis actua-  
les como un efecto en el cuerpo de la sexualidad no tramitada  
psíquicamente y a las neurosis de defensa como los efectos  
psíquicos de la misma (Freud, 1906).

En ese doble amarré emerge como un problema clínico funda-  
mental la implicación entre el organismo y el cuerpo libidinal.

## MARCO TEÓRICO-CLÍNICO

Tal como describimos anteriormente, se hace necesario para  
poder abordar estas presentaciones clínicas como son las crisis  
de pánico o terror, y también aquellos casos donde la ansie-  
dad ocupa una parte importante en la demanda de tratamiento,  
avanzar en una diferenciación fundada desde el punto de vista  
metapsicológico-clínico entre ansiedad, angustia y pánico. Y de  
este modo en una ida y vuelta permanente con la clínica, ver  
cómo es posible también diferenciarla en sus manifestaciones.  
Indudablemente podemos observar, como en relación a estos  
tres afectos, el cuerpo tiene una presencia relevante.

En los tres encontramos un compromiso evidente y similar del  
cuerpo. Se observa cómo de manera evidente se encuentran  
afectados aquellos órganos vinculados al sistema cardiovascu-  
lar y respiratorio. Obviamente aquí se está hablando del cuerpo  
en tanto organismo.

Sabemos que esta relación compleja entre el cuerpo y lo psí-  
quico ha llevado a la realización de numerosas investigaciones,  
tanto en el campo de la medicina como del psicoanálisis, obvia-  
mente con sus especificidades.

Es desde allí que tanto desde la medicina como desde el psicoa-  
nálisis han adquirido relevancia las investigaciones realizadas  
en torno al llamado fenómeno psicosomático. También se hace  
necesario, de manera general, situar las diferencias que posee  
dicho fenómeno con la hipocondría y con las diferentes modali-  
dades de síntomas conversivos.

Posiblemente porque en el fenómeno psicosomático existe un  
compromiso real sobre el organismo. Determinados sistemas  
y/o órganos son dañados sin que exista enfermedad orgánica  
preexistente localizable.

Cómo por ejemplo lo podemos observar en el caso de la hipertensión  
esencial primaria, que se caracteriza por la elevación  
de la presión arterial sin una causa orgánica específica que la  
justifique.

En paralelo observamos la presencia de HEP (hipertensión esen-  
cial primaria) en la clínica de estas presentaciones, tanto en los  
casos de consulta por ansiedad persistente, como en el caso de  
las crisis de pánico, de manera frecuente.

Para este caso específico el del estudio de la hipertensión arte-  
rial esencial primaria y su vinculación con el llamado fenómeno  
psicosomático existen distintos aportes desde el campo del psi-  
coanálisis que fueron retomados en un trabajo publicado en el  
Anuario de la Facultad de Psicología de la UBA, cuya autora es  
la Prof. Dra. María Luján Iuale.

Allí la autora retoma los aportes de Lacan al estudio del fenó-  
meno psicosomático.

En este sentido, por un lado, señala, que son escasas las refe-  
rencias de Lacan al tema y que las mismas han sido retomadas

por muchos de sus seguidores (Soler, 1996), sin que por ello aún exista un consenso acerca del tema.

Podemos sí asegurar que, en términos de la perspectiva del psicoanálisis, se trata de modalidades del padecimiento psíquico, que se caracterizan por no pasar por el desciframiento inconsciente, en los términos del inconsciente simbólico, o del inconsciente cadena.

Podríamos decir que Lacan se orienta en una dirección de ubicar un posible estudio del fenómeno psicosomático, en relación a una ligazón entre éste y la constitución misma de lo psíquico, es decir orientándonos en torno a la teoría del narcisismo.

La teorización freudiana sobre el narcisismo introduce una lectura de la afectación del cuerpo que no la reduce a lo puramente orgánico.

Teoriza que de entrada no existe una unidad comparable al yo, sino que el yo debe desarrollarse, y sabemos que tal como sostiene en su texto "Introducción al narcisismo" se constituye a partir del autoerotismo. Freud mismo declaró que el narcisismo es un estadio intermedio entre el autoerotismo y la relación de objeto.

En este sentido concibe al narcisismo secundario, como edificado sobre la base de otro, primario, oscurecido por múltiples influencias (Freud, 1914).

Referencia entonces al lugar de lo primario en Freud, que cómo ya sabemos alude a lo inasimilable vía la cadena asociativa, al desciframiento inconsciente, es decir aquello que queda como resto de las diversas operaciones de la constitución subjetiva.

En la misma Pág. 73 de "Introducción del Narcisismo" agrega: "*Nos formamos así la imagen de una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos; empero considerada en su fondo ella persiste...*"

Quizás podríamos pensar que aquello que persiste, que no se cede a los objetos y que queda a nivel del yo (no constituido) ¿es lo que Freud llama narcisismo primario?

Si primero está el autoerotismo, y algo se agrega a este para que el yo se constituya, y sabemos, tal como sostiene Freud, que persiste, es allí donde Freud nos habla de la "viscosidad de la libido". Sería posible pensar, que en ese intervalo entre el yo constituido y el constituyente a partir del autoerotismo ¿algo queda perdurando, o persistiendo?

Por otra parte, sabemos que Freud recién puede zanjar esta discusión sobre la oposición libido yoica vs. libido sexual, cuando formula su último dualismo pulsional: pulsión de muerte vs pulsión de vida (Eros y Thanatos).

La teoría se ordenará en torno a este último dualismo.

Con referencia a este tema en particular hay una intervención de Lacan (1998) en el Seminario 2:

*"Las investiduras propiamente intraorgánicas que en el análisis llamamos autoeróticas desempeñan un papel muy importante, por cierto, en los fenómenos psicosomáticos. La erotización de tal o cual órgano, es la metáfora que más frecuentemente aparece, a causa de la sensación que induce en nosotros el orden*

*de fenómenos que se halla en juego en los fenómenos psicosomáticos"* (página 149).

Se puede pensar entonces que en torno al fenómeno psicosomático aparece en principio un problema en la economía libidinal, y que esto atañe tanto a los órganos internos, como a la superficie del cuerpo. También en ese seminario y en esas mismas páginas le reconoce a Perrier la distinción entre la neurosis y el fenómeno psicosomático a partir del narcisismo. ¿Qué quiere decir con esto? Que el fenómeno psicosomático no está en regla con las formaciones de lo inconsciente. Lacan lo afirma con contundencia cuando dice: "*Si algo sugieren las reacciones psicosomáticas como tales, es que están fuera de las construcciones neuróticas como tales*" (página 150).

Y es a partir de allí que piensa que no habría en tal fenómeno relación con el objeto. Y agrega:

*"en el FPS se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden está allí: les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también está lo real. Las relaciones psicosomáticas se sitúan a nivel de lo real"* (página 150).

Queda manifiesto con estas elaboraciones, que el cuerpo que importa al psicoanálisis no es el mismo de la medicina. Pero también sabemos que el cuerpo se encuentra "afectado".

Por otro lado, no es posible separar en el ser parlante, en el "hablante ser," como lo denominaba Lacan, el cuerpo de la subjetividad. Hablamos con nuestro cuerpo. Así lo pensó Freud desde el inicio, con su invento: "lo inconsciente" que como sabemos surge de la clínica misma fundada y determinada por su encuentro con la histeria, donde el cuerpo es el escenario donde se despliega lo inconsciente reprimido, bajo la forma de la conversión.

"Eso inconsciente" que pensó en los inicios mismos de su trabajo, como el topó del deseo y la pulsión, esta topología que determina la transformación del organismo por la operación del lenguaje.

Sin lenguaje no hay cuerpo, por lo menos aquel que importa al psicoanálisis y es por esto que sostendremos que el cuerpo es un organismo afectado por la operación del lenguaje.

Freud se encontró con lo inconsciente, como espacio del deseo y la pulsión, en los inicios mismos de sus teorizaciones, ya que en el año 1900 con la escritura de su teoría de los sueños se revela ese doble estatuto del deseo, como motor del sueño, (pura fuerza pulsionante nos dirá Freud), y como anhelo, ese estatuto del mismo que observamos en la clínica, y sobre el cual trabajamos, mediante el método de la asociación libre.

Entonces en cuanto al estatuto del cuerpo, sostendremos que en ser parlante el cuerpo se encuentra afectado por la misma operación que lo funda: el lenguaje. Pero esto no anula el organismo, en tanto el organismo es real, lo que llamamos lo real de la vida, que no le debe nada ni a lo simbólico, ni al discurso.

La “puesta en cuerpo”, de un organismo, no lo anula, pero si lo transforma, y lo transforma en eso más íntimo y también extraño, que Lacan designa como “cuerpo gozante” y que seguramente extrae este concepto, de ese gran texto fundante del goce y de los modos de goce en el sujeto, que fue la escritura de “Más allá del principio del placer”. Y es seguramente con esa orientación que Lacan puede situar a la pulsión como “eco en el cuerpo de que hay un decir”.

Pero indudablemente si se trata de pensar ese anudamiento borromeano entre el cuerpo y la subjetividad, esto nos ubica de modo directo en la problemática del goce, y por lo tanto de cómo la palabra agujerea el cuerpo.

Este es el marco entonces cuando tenemos que hablar del cuerpo en su anudamiento con la subjetividad.

Se tratará entonces de explorar en la clínica de estos tres afectos: ansiedad, angustia y pánico, cual es su estatuto, teniendo en cuenta esta dimensión del cuerpo.

Ese cuerpo, del que hablamos, en el psicoanálisis, que debe ser pensado en sus tres dimensiones: imaginaria, simbólica y real. Podemos entonces vincular esto con lo que observamos en la clínica de estas presentaciones complejas como son las crisis de pánico. Tanto el FPS como las crisis de pánico, delimitan un borde para el psicoanálisis en la medida que no responden a la lógica del retorno de lo reprimido.

Es precisamente esa dimensión tríadica del cuerpo desde la perspectiva del psicoanálisis, lo que produce una implicación ineludible entre la pulsión y el significante, y hace del cuerpo, en tanto sustancia de goce, el escenario en el que se despliegan los efectos de los afectos que esta investigación pone sobre relieve. Veamos entonces algunas diferencias que pueden observarse con la conversión en la histeria. Tempranamente Freud advierte que para de entender el síntoma conversivo de la histeria, es necesario ubicar una concepción del cuerpo que difiere absolutamente con el cuerpo en su dimensión biológica, el cuerpo de la histérica no está recortado por la anatomía y la fisiología, por el contrario, esas dimensiones solo están aludidas por el síntoma como la referencia de una imitación burda.

Como ubica con claridad en Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo entre las parálisis motrices orgánicas e histéricas (Freud, 1893), es necesario pasar del campo de la biología al de la psicología para entender su expresión.

Allí toma de Janet la idea de que es la concepción popular, trivial, de los órganos y del cuerpo lo que está en juego, esta concepción se funda en las percepciones, visuales y táctiles, pero fundamentalmente, en lo que es nombrado como tal, un brazo no es el conjunto de músculos, nervios, tendones, etc. sino que es aquello que el sentido común nombra como brazo.

Pero Freud da un paso más, e introduce la noción de valor “afectivo” (monto de afecto) ligado a la zona del cuerpo comprometida con el síntoma, nos dice: “*El brazo estará paralizado en proporción a la persistencia de este valor afectivo o a su disminución por medios psíquicos apropiados.*”

Es este cuerpo hecho de afectos y palabras, alejado de su correlato biológico el que es conmovido en la irrupción del ataque de pánico y vuelve aemerger en su dimensión biológica desanudado del significante.

Reconstruir la dimensión de la angustia, como efecto de la incidencia significante, reubicar la consistencia imaginaria que reubica al sujeto en el necesario espejismo del sentido, y cercar lo real indecible, en un tratamiento psicoanalítico, permite rearmar el nudo del sujeto.

Como conclusión, queda una exploración a realizar en torno a estas presentaciones complejas, como las que abordamos en este trabajo.

En un primer paso, indagar sobre el estatuto específico del cuerpo, en cada una de ellas, ya que consideramos que no es lo mismo hablar del FPS, de los síntomas conversivos, o de la hipocondría.

A partir de allí también explorar, su metapsicología y clínica en los llamados trastornos de ansiedad y crisis de pánico o terror.

## BIBLIOGRAFÍA

- Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). El Inventory de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA-CONICET.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual (Rev. ed.). Clinical Psychometric Research.
- Freud, S. (1914-1916). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1906). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. Tomo 7. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices, orgánicas e histéricas. Tomo I. Amorrortu Editores.
- Iuale, L. (2016). Variaciones en la afectación del cuerpo: Lacan y el fenómeno psicosomático. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 23(2). 83-91.
- Lacan, J. (1998). Capítulo VIII. Introducción al *Entwurf*. En *El Seminario, Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Quesada, S., Donghi, A., Guzmán, L., Rodríguez, R. O. & Gamba, A. (2023). Angustia, ansiedad, pánico: diferencias diagnósticas. *Memorias del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires*, III, pp. 114-117 (ISSN 2618-2238).
- Soler, C. (2021). Los tres cuerpos del hombre. Resonancias de la interpretación. [www.nadiederma.com.ar](http://www.nadiederma.com.ar)