

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Subjetividades discursivas del dolor crónico femenino: una aproximación psicoanalítica

Damaris Roure Ortiz

Disertación sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico,
Recinto de Río Piedras como parte de los requisitos para obtener el grado de Doctorado en
Filosofía con especialidad en Psicología en el área clínica

Mayo 2023

Esta disertación es propiedad conjunta de la autora y del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. No podrá ser reproducida o resumida, en parte o en su totalidad, sin el consentimiento de la autora o de la dirección del Departamento de Psicología.

Tabla de Contenido

Certificación de Aprobación | viii

Resumen | ix

Resumen Biográfico de la Autora | x

Dedicatoria | xi

Agradecimientos | xii

Capítulo I: Introducción | 1

A. Dolor y Sufrimiento: Una Necesaria Distinción | 5

B. Expresiones Escritas del Dolor Crónico en la Interfaz | 8

C. Justificación | 9

D. Propósitos y Preguntas de Investigación | 13

E. Método | 16

1. Diseño de la investigación | 17

2. Participantes | 17

3. Procedimientos | 17

a. Fase Administrativa | 17

b. Fase de Instrumentación y Recogido de Información | 17

c. Fase de Análisis | 18

F. Revisión de Literatura | 19

1. Antecedentes en la Investigación sobre el Dolor Crónico | 19

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- a. El Dolor Crónico desde la Psicología | 19
- b. El Dolor Crónico desde la Medicina | 24
- c. El Dolor Crónico: El Caso de la Fibromialgia | 27
- d. La Psiquiatría, el Dolor Crónico y la Fibromialgia | 33
- e. El Dolor Crónico y la Fibromialgia desde la Neurociencia y
la Neuropsicología | 36
- f. Investigaciones sobre los Blogs en el Campo del Dolor Corporal | 38

Capítulo II: Claves Psicoanalíticas para Acercarse al Campo del Dolor y la Fibromialgia | 44

A. Algunas Precisiones Teóricas para Pensar el Cuerpo y el Dolor en la Obra Freudiana y

Lacaniana | 47

- 1. Claves Teóricas para Pensar el Cuerpo en la Obra Freudiana | 47
 - a. Constitución Subjetiva del Cuerpo según el Psicoanálisis Freudiano | 48
 - b. Huellas Mnémicas e Inscripciones en el Cuerpo: Hacia un Camino de
la Dimensión Subjetiva del Cuerpo | 50
- 2. Aportaciones de Charcot en los Estudios de la Histeria y sus Efectos en la
Noción del Cuerpo | 52
- 3. El Cuerpo por la Vía de la Histeria | 55
 - a. El Cuerpo por la Vía del Síntoma Histérico | 59
- 4. Algunas Consideraciones Teóricas para Pensar el Cuerpo en la Obra
de Lacan | 61
 - a. Registro Imaginario | 62

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- b. Registro Simbólico | 64
- c. Registro Real | 66
- d. Significante y el Cuerpo | 66
- e. El Goce | 67

B. Antecedentes Freudianos del Dolor Corporal | 70

1. Acercamientos Iniciales a Dolores en el Cuerpo en la Obra Freudiana | 72
2. El Dolor Histérico: Conceptualizaciones Clínicas Iniciales del Dolor Corporal a Partir de la Neurosis Histérica | 76
3. Dolor Corporal y Narcisismo | 80
4. Dolor, Cuerpo y Pulsión | 83
 - a. El Dolor no es una Pseudopulsión | 83
 - b. Pulsión y Dolor | 85
5. Consideraciones Teóricas para Pensar el Dolor Crónico en Torno a la Compulsión de Repetición, Pulsión de Muerte, y el Masoquismo y el Superyó | 88
 - a. Compulsión de Repetición | 89
 - b. Pulsión de Muerte | 90
 - c. Masoquismo | 91
 - d. ¿Masoquismo femenino? | 93
 - e. Superyó | 94

C. Caso de Elisabeth von R.: Aportaciones de Freud y Lacan para Pensar el Dolor Crónico Femenino | 96

- a. Aspectos Generales del Historial Clínico | 96
- b. Análisis de elementos discursivos | 97

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

D. La Femenidad y lo Femenino en el Dolor Crónico | 101

1. Sexualidad femenina de Freud a Lacan | 102

2. El Enigma del Goce Femenino | 104

Capítulo III: Análisis de los Hallazgos | 108

A. Perfil de los Blogs Analizados | 109

B. Alcances de la nominación: Discurso #1 | 110

C. La Función del Dolor: Discurso #2 | 115

D. El Dolor y la Repetición: Discurso # 3 | 120

1. Dolor como Laberinto | 120

2. Dolor como Círculo Vicioso | 122

3. Un Cuerpo que Grita y Retumba: “Gritos Ahogados” | 124

E. El Dolor y los Límites: Discurso #4 | 125

F. El Dolor y la Cuestión del Deseo: Discurso #5 | 128

G. El Dolor y las Marcas del Otro: Discurso #6 | 132

H. El Dolor y el Duelo: Discurso #7 | 134

I. El Dolor, el Amor y lo Femenino: Discurso #8 | 138

1. El Dolor Crónico Femenino entre lo Singular y lo Particular | 139

2. El Dolor, el Deseo Sexual, el Partenaire y el Amor | 140

3. Lo Materno: La Mujer No es la Madre | 143

Capítulo IV: Algunas Consideraciones e Implicaciones Clínicas y Éticas para Reflexionar sobre la Clínica del Dolor Crónico Femenino | 145

A. Coordenadas Teóricas para el Abordaje del Dolor Crónico Femenino en la Teoría Psicoanalítica | 147

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

1. Distinción entre Histeria y Femenidad | 150
2. Dolor en Sujetos Femeninos, Síntoma y Estructura | 152
3. El Dolor, la Femenidad y lo Femenino | 157
4. Dolor y Duelo Femenino | 164

B. Blogs, Nuevas Tecnologías y Psicoanálisis: Una Breve Reflexión sobre sus Efectos Subjetivos | 168

C. Aportaciones y Futuras Líneas de Investigación | 171

1. Aportaciones a la Clínica del Dolor Crónico Femenino | 171
2. Futuras Líneas de Investigación | 171

D. Consideraciones Éticas para la Clínica del Dolor | 173

Referencias | 176

Apéndice A: Certificación del Comité Institucional para la Protección de Seres Humanos en Investigación (CIPSHI) | 189

Certificación de aprobación

Certificamos que hemos leído esta disertación y que, en nuestra opinión, es adecuada, en el alcance y calidad de su contenido, para el grado de Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología.

[CONFIDENCIAL]

María de los Ángeles Gómez Escudero, Ph. D.
Directora del Comité de Disertación
Departamento de Psicología

[CONFIDENCIAL]

María de la Paz Ferrán, Ph. D.
Segundo Miembro del Comité de Disertación

[CONFIDENCIAL]

Sylvia Martínez Mejías, Ph.D.
Lectora del Comité de Disertación
Departamento de Psicología

Resumen

Las estadísticas recientes demuestran que se reportan una mayor prevalencia de dolores crónicos y fibromialgia en mujeres. La revisión de literatura sugiere que la mayor parte de los abordajes contemporáneos atienden el dolor crónico femenino desde perspectivas que se enfocan en aspectos cognitivo-conductuales, biológicos y hereditarios. El propósito de esta investigación es explorar las temáticas femeninas de los malestares subjetivos con relación al dolor crónico mediante un enfoque cualitativo y de alcance inductivo-exploratorio. El análisis discursivo lacaniano utilizado como método de análisis permitió tomar en cuenta significantes y metáforas para acercarnos a elementos discursivos de la dimensión subjetiva del dolor crónico femenino y la fibromialgia. La fuente de información para el análisis se obtuvo través de *blogs* escritos por sujetos femeninos con dolores crónicos. El análisis utilizó como referente la teoría psicoanalítica, particularmente los trabajos de Sigmund Freud y Jaques Lacan. A partir del análisis de los hallazgos, se identificaron ocho temáticas discursivas: los alcances de la nominación, la función del dolor, el dolor y la repetición, el dolor y los límites, el dolor y la cuestión del deseo, el dolor y las marcas del Otro, el dolor y el duelo, y el dolor, el amor y lo femenino. Se plantean las siguientes coordenadas teóricas para pensar el dolor crónico femenino: la distinción teórica entre histeria y feminidad, histeria (síntoma y estructura), la feminidad y lo femenino, y el duelo. Desde la ética del psicoanálisis, se reitera lo fundamental de una escucha más allá del diagnóstico y el cuerpo biológico. Así también, se propone un espacio clínico que invite al sujeto a un encuentro con la palabra, con su memoria y con su historia, creando así las condiciones para que pueda interrogar la posición que asume ante su sufrimiento y su dolor.

Palabras claves: dolor crónico femenino, psicoanálisis, síntoma histérico, goce, histeria, feminidad, duelo, blogs, análisis de discurso lacaniano

Resumen Biográfico de la Autora

Damaris Roure Ortiz nació el 29 de diciembre de 1975 en San Juan, Puerto Rico. Sus padres son Juan R. Roure Sierra y Laura D. Ortiz Meléndez. Estudió sus grados primarios en el Colegio Eugenio María de Hostos y en Cupey María Montessori School, donde se graduó de escuela superior en el 1993. En ese mismo año, comenzó sus estudios universitarios en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Cayey. Eventualmente, se trasladó al Recinto de Río Piedras, y culminó allí su Bachillerato en Artes en Educación Elemental y una maestría en Psicología Académica-Investigativa. Durante sus estudios de maestría, laboró como asistente de investigación en varios proyectos y participó en un programa de intercambio en la Universidad Complutense de Madrid donde tomó cursos de estudios de género. Laboró en los Países Bajos diseñando y ofreciendo talleres para líderes comunitarios inmigrantes en el Centro Cultural de Hispanohablantes de Ámsterdam. Al regresar a Puerto Rico, se desempeñó en diversos escenarios laborales asociados a la educación preescolar y escolar, docencia universitaria e investigación en psicología. Comenzó sus estudios doctorales en el Programa de Psicología Clínica de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras en el 2014. Durante sus años de formación académica y clínica, realizó prácticas clínicas en el Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP). También, hizo una práctica clínica en la Clínica de Medicina Deportiva del Caribe donde trabajo con pacientes con dolores crónicos. Además, se desempeñó como asistente de investigación en el Centro de Medición y Validación de Instrumentos Psicológicos (CMVIP) y laboró en diversas funciones en el Proyecto PATRIA. Durante el año académico 2018-2019 hizo su internado en Psicología Clínica en la Unidad de Servicios Psicológicos del Plan de Bienestar de la Unión de Trabajadores de los Muelles.

Dedicatoria

A mis abuelas Nélica y Luz, por su amor y sus cuidados.

A mi madre, Laura, quien supo transmitirme con amor y sabiduría

el apostar por la vida y la palabra.

A mi padre, Juan Roberto, quien me enseñó a amar entre la presencia y la ausencia.

Agradecimientos

A mi madre Laura, por respetar mis tiempos, por el amparo de tu escucha y tender tu mano en este camino de mi formación académica, pero también de la vida.

A mi padre Juan Roberto, por la presencia de tu amor, que trasciende tu ausencia.

A Irma, por adoptarme como hija y por tu ternura.

A Luis, por cultivar en mí la semilla de la curiosidad y del saber, y lo fundamental de hacerme preguntas.

A José (Cuzo), por tu amor y tu compañía en las sendas de la vida, en particular durante mi periodo del doctorado.

A José, por adoptarme como madre, y por convocar las vías de lo materno en mí.

A la doctora María de los Ángeles Gómez Escudero, por convocarme a pensar la clínica desde el rigor ético y teórico.

A la doctora María de la Paz Ferrán Salas, por su escucha atenta y transmitir generosamente su saber teórico y su experiencia clínica.

A la doctora Sylvia Martínez Mejías, por su guía y aportación durante mi formación académica y clínica.

A la doctora Edna Nazario, la doctora Elixmahir Dávila Marrero y la doctora Dyhalma Ávila por compartir de manera desprendida sus saberes y crear espacios posibles para mi formación académica y clínica.

A Ivelisse, mi prima, por su disposición y su inmensa ayuda en la disertación.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

A mis compañeras y compañeros de la clase 2014 del Programa de Psicología Clínica de la Universidad de Puerto Rico, por la fraternidad y solidaridad en este trayecto del doctorado.

A Luna y a Juliana, por estar y ser sostén en esta travesía solitaria de la disertación.

A familiares, amigas, amigos, y colegas que, de algún modo u otro, me acompañaron durante estos años de formación académica y clínica.

Capítulo I

Introducción

¿Qué sería del humano sin el dolor? El dolor es inherente a la existencia humana, así como lo son el lenguaje, los afectos, la enfermedad y la muerte. Al nacer, el sujeto se encuentra a la merced de otros que, con sus cuidados, sus palabras y sus afectos trastocan inicialmente ese pequeño e indefenso cuerpo. El sujeto se va haciendo con un otro, mientras su cuerpo se va convirtiendo en un mapa, se van inscribiendo huellas, algunas de estas muy profundas, que delimitan todo un modo de vivir. Huellas que se inscriben como marcas silentes, sin embargo, están inundadas de demandas, deseos, lenguaje y afectos. El sujeto se va construyendo un cuerpo el cual le resulta familiar y, a la vez, extraño. Colette Soler (1993), resalta de las enseñanzas de Jaques Lacan acerca del cuerpo, que el sujeto no nace con un cuerpo, sino que lo construye; es decir, el sujeto se hace de un cuerpo. Entonces, ¿Cómo se construye un cuerpo que el dolor le arropa incesantemente? ¿Qué historia tiene ese cuerpo? ¿Qué función cumple ese dolor en la dimensión subjetiva?

Las obras teóricas de Sigmund Freud (1856-1939) y Jaques Lacan (1901-1981), han propuesto coordenadas teóricas para acercarnos a la comprensión del cuerpo y la subjetividad. Estas permiten mirar más allá de lo puesto en escena por el sujeto, es decir, de lo que parece ser “evidente”. Freud y Lacan, desde una mirada clínica aguda y rigurosa, se formularon interrogantes que abrieron el camino de un saber distinto y necesario para sus respectivos momentos históricos. Así también, su incesante cuestionamiento y la constante revisión de sus propios trabajos denotan un carácter reflexivo ante sus elaboraciones y planteamientos. El contexto histórico en el cual hicieron sus elaboraciones teóricas estuvo marcado por conflictos políticos, cambios sociales y económicos las cuales indudablemente iban tejiendo efectos en el

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

cuerpo y la subjetividad. Los cambios han continuado de manera vertiginosa, al punto de que, en las sociedades con acceso a internet, la frase “estoy conectado” es sinónimo a “estar”. Ante estos cambios, ¿acaso no se está ante un nuevo sujeto? ¿sigue siendo pertinente el psicoanálisis ante otra realidad histórica permeada por la inmediatez, la producción y el consumo? Esto ha sido motivo de cuestionamiento para el estudio y práctica del psicoanálisis en la época contemporánea. No obstante, a pesar de las limitaciones que pueda tener cualquier intento por interrogar lo humano, el psicoanálisis toma en consideración dos condiciones inescapables de la existencia humana: nacer sexuado y mortal. A la sexualidad y la muerte, le acompañan otras fuentes de malestar, como lo afirmó Freud en su texto “Malestar en la cultura” (1930): los lazos con los otros, la relación con la naturaleza y el vínculo con el propio cuerpo. Estas condiciones de la existencia humana, muy lejos de ser alentadoras para el sujeto moderno, es lo que la propuesta psicoanalítica pondera en su obra teórica y clínica.

De esta extensa obra teórica, Vilá (2011) resume algunos de los conceptos freudianos que han permitido abordar teóricamente el dolor: “compulsión a la repetición, pulsión de muerte, sentimiento de culpa, conciencia moral, superyó, necesidad de castigo, padecimiento y masoquismo. Términos que junto a lo inconsciente transformaron nuestras nociones de realidad, cuerpo y tiempo” (p. 12). La autora sostiene que “un dolor cuyas causas no se revelan en el organismo, la función simbólica de la palabra y el saber del médico ofrecen cierto amparo al sinsentido” (Vilá, 2011, p. 12). Por ejemplo, en su trabajo acerca de la fibromialgia, tomando en cuenta la función de la palabra médica en el diagnóstico, señala que desde el discurso médico se legitima y articula un discurso del dolor que aporta a las ganancias y pérdidas de su manifestación. Dicha naturaleza económica del dolor aporta de manera constitutiva a los modos

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

de vida que se organizan alrededor de las dolencias. Pero ¿qué implicaciones tienen estas ganancias y pérdidas en el quehacer clínico?

A través de la historia el dolor corporal, y en particular la del dolor crónico, ha sido intervenido de múltiples maneras. Desde la intervención chamánica, baños termales, prácticas de exorcismos hasta el uso de fármacos, los cuales cumplen la función de intentar aplacar el dolor. En la actualidad, con frecuencia se diagnostica fibromialgia a aquella persona cuyo dolor crónico no tiene evidencia orgánica, y le acompañan sintomatología de depresión, fluctuaciones anímicas significativas y otros malestares similares. Sería importante destacar que, a pesar de que el énfasis de este trabajo es la dimensión subjetiva del dolor crónico, la revisión de literatura demostró una relación entre dolor crónico, fibromialgia y las mujeres. Esto es un hallazgo significativo lo cual aportará al análisis y discusión de este trabajo.

La fibromialgia resulta ser una atinada representación de que el dolor crónico no es exclusivamente de índole fisiológico, ni unidimensional. Morris (1991) en su libro *La cultura del dolor* plantea que “el dolor es también una experiencia subjetiva, (...), que sentimos sólo en la soledad” (p.15). En relación con esto, lo que Morris (1991) intenta decir es que el dolor es una vivencia que trasciende lo orgánico, lo cual “está siempre saturado con la impronta visible o invisible de culturas humanas específicas, (...) los significados personales y culturales que fundamos en el dolor” (p.15). En las sociedades occidentales contemporáneas, cuando las personas manifiestan un dolor corporal suelen acudir a una oficina médica, clínica ambulatoria o al hospital. Esto se debe en parte, a que por lo regular el primer paso es atender el aspecto fisiológico del dolor, es decir, lo que se aparenta padecer desde la dimensión externa. Sobre este particular, Morris (1991) señala que en la cultura occidental la noción biomédica tiene una posición hegemónica respecto al tratamiento y abordaje del dolor. Esto debido a que existe una

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

concepción que aborda el dolor como un suceso bioquímico. El autor sostiene que la noción biomédica de que la transmisión de una señal nerviosa sea lo único que cuenta para definir el dolor, está basada en los supuestos mecanicistas de la medicina tradicional moderna. Al respecto de esa idea menciona que "se entiende el dolor por analogía, casi, con los ruidos y toses de un motor descompuesto" (Morris, 1991, p. 119). El autor reitera que el dolor es concebido como una sensación y resultado de una lesión, con cualidades medibles, objetivas y cuantitativas. En torno a la noción bioquímica del dolor, Morris (1991) concluye: "el dolor es sin dudas el resultado de un proceso bioquímico. Pero los senderos nerviosos (...) no cuentan el relato completo" (p. 119). Y es que los relatos de lo humano se caracterizan por ser enigmáticos y los senderos nerviosos no son una excepción.

Algunos de estos senderos que Morris rescata en su análisis, tienen que ver con cómo ese dolor cuenta para el sujeto. Entre los temas que se repetían constantemente en el trabajo con personas con dolor crónico estaban cómo significaban la no correspondencia y no reciprocidad de los otros ante su padecer. Esto se podría ver representado en frases como "nadie siente este dolor como yo", "mi familia no me entiende", entre otras. Esto dejaba en relieve cómo los vínculos con los otros se veían trastocados debido a su enfermedad. Uno de los diagnósticos asociados al dolor crónico según la literatura es la fibromialgia. Sobre ésta, Vilá-González (2011) nos dice:

Después de buscar la verdad de su enigmático malestar en infinidad de especialistas, exámenes y tratamientos fallidos, hallar el preciado objeto-diagnóstico constituye un alivio, una reconfirmación de "normalidad" ante el acecho del estigma de la locura ("todo está en tu mente") o la amenaza imaginaria de una enfermedad terminal: "por lo menos me alegraba poder llamar a mi situación por un nombre", comentan en el foro de

facebook “[sic]” algunas mujeres. Ante un dolor cuyas causas no se revelan en el organismo, la función simbólica de la palabra y el saber del médico ofrecen cierto amparo al sinsentido (p. 70).

Estas palabras de Vilá-González (2011) permiten integrar a esta introducción la vía por la cual estaré llevando a cabo el método de esta investigación: el ciberespacio, y específicamente por medio de los *blogs*¹, en español bitácoras digitales. En el ejemplo que la autora presenta, se trata de las comunidades cibernéticas que reúnen personas con características similares (ej. tener diagnóstico y/o síntomas de fibromialgia) como los son grupos de personas con fibromialgia en *Facebook*. Antes de surgir *Facebook*, ya existían los *blogs* desde el 1997, los cuales eventualmente también llegaron a *Facebook*. El caso de los *blogs* comienza como un espacio más parecido a un diario en formato digital, con la enorme diferencia de que rompe con todas las nociones de lo que es un diario en términos tradicionales. Algunos diarios solían tener, incluso, un diminuto candado o cerradura pequeña como simbolismo de intimidad y privacidad de lo que allí se había escrito, sin embargo, los *blogs* proveen la posibilidad de hacer que lo íntimo se haga público. Desde la creación del internet y el espacio cibernético, la vida íntima ha ido perdiendo fronteras claras entre lo privado y lo público.

A. Dolor y Sufrimiento: Una Necesaria Distinción

No solo dentro del contexto psicoterapéutico, sino en el coloquio de lo cotidiano se suele utilizar como sinónimos las palabras ‘dolor’ y ‘sufrimiento’. No obstante, Gómez (2014) aclara que estas palabras “no son sinónimos, aunque están estrechamente vinculados” (p. 31), y cada sujeto les significará de manera particular y singular, a veces desdibujándose o no esta distinción,

¹ Desde este momento en adelante se empelaré la palabra *blog* en todo el trabajo por dos razones: (1) es el término utilizado por los artículos en la literatura revisada (2) por dar cuenta del significante tal y como las autoras de los *blogs* lo utilizan, considerando, por ejemplo, que algunas se autodenominan “blogueras” que escriben en la “blogsfera”.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

en los discursos de los sujetos que padecen dolores crónicos. Ramos (2014) sugiere precisar que padecer es muy distinto a sufrir por aquello que se padece. Los padecimientos son inherentes al cuerpo y a la mente. Entonces, surgen las siguientes interrogantes: ¿todo dolor conlleva sufrimiento, o todo sufrimiento conlleva dolor?

En términos etimológicos, según Corominas (1961) la primera aparición en el castellano de la palabra ‘doler’ data del 1140, proveniente del latín ‘dölēre’ y de la cual también la palabra ‘duelo’ se deriva. Según la Real Academia Española, ‘doler’ se refiere a: Dicho de una parte del cuerpo: padecer dolor, mediante causa interior o exterior. Aquí se puede resaltar como el verbo doler se asocia con padecer en el cuerpo. Por otro lado, ‘dolor’ como sustantivo significa: (a) Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior (b) Sentimiento de pena y congoja. Ambas definiciones aluden a la incomodidad y la aflicción que conlleva el dolor, y es importante notar que cuando se refiere a *dolor*, habla de ‘sensación’ tanto interna como externa.

Existe diferencia entre las palabras *sufrir* y *sufrimiento*, que significan respectivamente: 1. tr. Sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo. 2. tr. Sentir un daño moral, mientras que el sustantivo ‘sufrimiento’ según la Real Academia Española es: (a). m. Padecimiento, dolor, pena. (b). m. Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo. Ambas se derivan de la palabra *sufferentia* que se refiere a ‘soportar’, ‘tolerar’, ‘aguantar’. Gómez (2014), en su ponencia “Memorias del sufrimiento”, comparte la siguiente consideración etimológica: “El sufrimiento proviene de *sufferentia*, que es la acción de soportar: es la tolerancia e incluso la complacencia con la que algo doloroso se asume” (p. 31).

Las palabras soportar, tolerar o aguantar, según mi experiencia en la clínica, ocupan un lugar importante en el discurso de las personas, particularmente en sujetos femeninos con dolores

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

crónicos. Esto no necesariamente significa que se pueda afirmar que existe una relación causal entre sufrimiento y dolor crónico, mucho menos proponer que ‘soportar’ situaciones difíciles causa dolor crónico. No obstante, surgen las siguientes interrogantes: ¿cómo el lenguaje se entrama con el cuerpo? ¿cómo se vincula el cuerpo con las experiencias subjetivas? ¿cómo los modos de sufrir de un sujeto no solo impactan la subjetividad, sino también su cuerpo?

Es interesante que en la jerga del contexto puertorriqueño y otros países latinoamericanos se utilicen frases como ‘tocar la fibra’, cuando alguna situación afecta significativamente la sensibilidad de las personas, al punto de causar dolor y sufrimiento. Cuando a una persona le han ‘tocado la fibra’ sufre intensamente en relación con determinado asunto que ha alcanzado una dimensión profunda al punto que ‘toca’ aquello que no se ve y que es íntimo: la fibra, la cual es interna e íntima. Además, parecería ser que siempre o en la mayoría de los casos, ese toque viene de afuera, del exterior, de un otro. Esos otros que ‘tocan la fibra’, esos personajes, son pistas valiosas durante el proceso psicoterapéutico, pero no es menos cierto que hay otros aspectos de la dimensión subjetiva que tienen vital importancia.

A modo de conclusión para esta introducción, me propongo para este trabajo pensar desde la perspectiva psicoanalítica elementos discursivos de la dimensión subjetiva del dolor crónico expresados a través de la escritura en *blogs*. Es imprescindible para nuestra práctica clínica, a pesar de las exigencias de premura y costo-efectividad de la época contemporánea, abrirnos a los cambios de la época para así llevar a cabo un trabajo ético. La ética es la única vía posible, para pensar las nuevas modalidades de vida y las implicaciones de los discursos emergentes de la época en que estamos insertados. El quehacer teórico y clínico psicoanalítico cuenta con el soporte para ponderar e interrogar las nuevas modalidades de goce, en relación con el dolor y al sufrimiento, pero para eso hay que aclarar que “el psicoanálisis subvierte el lugar del

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

sufrimiento en la ecuación de su escucha: el sufrimiento no es tanto una fuente de malestar, allí tendríamos que ubicar el dolor, sino más bien una defensa contra éste” (Gómez, 2014, p. 37). En síntesis, podríamos ubicar el dolor como fuente de malestar contrastándolo con el sufrimiento, el cual estaría del lado de la tolerancia o la satisfacción paradójica con la que se asume ese dolor.

B. Expresiones Escritas del Dolor Crónico en la Interfaz

Las nuevas tecnologías y los espacios virtuales cumplen una función de artificio para el humano que juega entre develar y a la vez, encubrir sus fragilidades. Como mencioné anteriormente, uno de estos espacios virtuales son los *blogs*. Entre la variada clase de *blogs* que existen, el *blog* personal se caracteriza porque su autor redactará en forma de diario eventos biográficos sobre cualquier aspecto de su historia: familia, pareja, cuerpo, enfermedad, entre otros. Los *blogs* personales se caracterizan por narraciones escritas, imágenes y videos acerca de sus malestares y las maneras en que esto les afecta el diario vivir y sus relaciones con los otros. En una búsqueda breve de *blogs* personales escritos por personas con dolor crónico, pude apreciar que sus autoras quieren hacer visible su diagnóstico y su dolor, ser comprendidas y sentirse menos solas. Interesantemente, esto va a tono con la noción de que a los espacios virtuales se les ha atribuido la característica benévola de que acerca a los humanos creando así una red social que figura ser sin enredos, ni conflictos, ni soledades y cabe preguntarse, si esto es realmente posible. Es como si el lenguaje en el ciberespacio gozara de unas características ideales, más allá del dolor. Las siguientes palabras de Giussi (2011) ponen en perspectiva lo que trasciende al lenguaje y el dolor:

Sólo tenemos testimonio del dolor del otro a partir del lenguaje, pero hay algo en el dolor que resiste al lenguaje, que lo excede. De este modo, la experiencia de dolor retiene

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

siempre un carácter irremediamente íntimo, no completamente socializable. Cada uno está siempre "un poco solo" en su dolor (p. 120).

Este trabajo pretende dar cuenta de la experiencia subjetiva del dolor en el caso por caso, más allá de las similitudes en las narrativas discursivas. Ni el dolor, ni sus expresiones escritas cuentan igual para quien lo padece, ya que siempre habrá espacio para la singularidad independientemente del medio que se utilice para dar cuenta de las quejas y las demandas. La literatura destaca que las relaciones con otros es un asunto de mucha importancia en las personas que padecen dolor crónico. Ante esto, ¿qué ofertan las nuevas tecnologías y los discursos de la época como promesa de un ‘mejor’ encuentro con el otro? Gustavo Dessal, psicoanalista argentino, de su libro *Inconsciente 3.0* (2019) dice al respecto:

Para mucha gente afectada en su capacidad para sostener un lazo social de cualquier índole —amistoso, amoroso, de pertenencia a un grupo, etc.— internet ha creado para ellos un espacio donde alojarse, un territorio donde encontrar a otros que sienten como sus semejantes, constituyendo así una suerte de confraternidad en la que los síntomas y otras desventuras hallan consuelo, compasión, empatía e incluso la legitimidad que a menudo se les niega en el mundo real (pp. 32-33).

C. Justificación

Según datos estadísticos, para el año 2016 se estimaba que el 20.4% (50 millones) de los adultos estadounidenses tenían dolor crónico, con mayores prevalencias reportadas entre las mujeres y los adultos mayores (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018). Entre estos hallazgos se destaca que el dolor crónico representa una de las razones más comunes por la que se busca atención médica asociada a la ansiedad, depresión y/o mala salud percibida o

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

calidad de vida reducida (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018). En un estudio con mujeres y hombres veteranos/as de los Estados Unidos que reciben servicios médicos por dolor crónico, Discroll et al. (2018) puntualizan que las mujeres expresan temáticas sobre el reto de ser mujer y la presión que sienten por demostrar argumentos creíbles hacia los proveedores de salud acerca de sus dolencias. Esta información evidencia que aún queda mucho trabajo por hacer en una época donde se ha intentado por múltiples medios minimizar la disparidad por razón de género en los servicios de salud. De igual modo, tales hallazgos levantan interrogantes acerca de las razones por las cuales la prevalencia de casos de dolor crónico es más alta en mujeres.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2020) define dolor crónico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. En esta definición se incluyen los siguientes aspectos: (a) El dolor siempre es subjetivo. Cada persona aprende a través de experiencias en su vida temprana como expresar su dolor. (b) Se experimenta en el cuerpo, pero también es una experiencia emocional. (c) Muchas personas informan dolor en ausencia de causas fisiológica; y por lo general, esto puede deberse a razones psicológicas. Estos cambios son importantes destacarlos porque además de la dimensión fisiológica del dolor, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2020) enfatiza en la importancia de la dimensión subjetiva de este (lenguaje, cultura, género, entre otros).

La definición antes mencionada es empleada por la Organización Mundial de la Salud y otras entidades de salud a nivel global. Sin embargo, la mayoría de la literatura científica acerca del dolor crónico proviene de Estados Unidos y Europa caracterizándose por una mayor cantidad de líneas de investigación en medicina, neuropsicología, psiquiatría, farmacología, psicología

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

cognitiva conductual y psicoeducación. Los abordajes teóricos en torno al tema en Estados Unidos y Europa que predominan en la literatura acerca del dolor crónico son: la sensibilidad femenina al dolor y las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres (ej. dolor pélvico, cambios hormonales); o abordajes que sugieren una concepción de la ‘mujer histérica’ describiéndola como emocional, masoquista, que finge su enfermedad, y que su dolor es percibido por los proveedores de salud como un asunto psicológico (Samulowitz et al., 2018). Estos abordajes evidencian cómo el dolor crónico femenino sigue siendo objeto de psicopatologización limitando una comprensión amplia y profunda de lo que es devenir mujer y sus implicaciones en el quehacer psicoterapéutico. En relación con el dolor crónico femenino, Tubert (2010) argumenta que el malestar femenino en la cultura incide en la relación de las mujeres con su cuerpo, el cual se convierte en escenario de sus malestares subjetivos que podrían manifestarse en dolores corporales crónicos. Tales malestares requieren, más allá de los abordajes corrientes, con el propósito de dar cuenta de las temáticas femeninas acerca del cuerpo, del dolor y de lo que implica para la práctica de la psicología clínica. Entonces, este estudio tiene como propósito explorar temáticas femeninas de estos malestares con relación al dolor crónico.

La pertinencia de abordar el tema del dolor crónico como tema de investigación surge por varias razones. Más allá de la pertinencia de los datos estadísticos presentados y que estos puedan sustentar la evidencia de la relevancia de un problema, durante mi periodo de práctica clínica e internado tuve la oportunidad de escuchar pacientes que, desde las singularidades de sus historias, compartían varios denominadores comunes, y algunos de estos eran el dolor y el sufrimiento. A veces estas dos palabras se conjugan, se confunden como si se trataran de lo mismo, y sin embargo no lo son. Durante las sesiones, pude escuchar a personas cuyas historias estaban teñidas de dolores en el cuerpo o sensaciones de hormigueo, mareos, entre otros. Dolores

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

corporales que eran acompañados de discursos singulares, era como si sus cuerpos hablaran. Sin restar posibles etiologías orgánicas de dichos malestares, y tampoco pretender generalizar que todo dolor corporal es de naturaleza psicosomática, hubo ciertos casos que me generaron interrogantes relacionadas con la función que pudiese estar cumpliendo el dolor en la vida del sujeto. El discurso de su dolor venía acompañado de historias, de palabras y miradas del otro. En particular, captaba mi curiosidad aquellos pacientes que manifestaban síntomas de dolores que no cesaban a ningún tratamiento y no había causa orgánica.

Mi formación clínica fue acompañada de una supervisión ética y rigurosa en términos teóricos, en la cual aprendí diversos abordajes para trabajar la clínica terapéutica. El conocer una variedad de abordajes de modalidades psicoterapéuticas fue beneficioso para mi formación. A su vez, la propuesta teórica freudiana y lacaniana permitió formularme interrogantes acerca del dolor en un momento donde la mayoría de los abordajes enfatizan la pregunta por lo biológico, el tratamiento farmacológico y basados en la evidencia, sin ponderar quizás otras posibilidades. El fenómeno del dolor corporal ha sido estudiado desde diversas perspectivas en la psicología convocando más preguntas que respuestas. Eso hay que tomarlo como una ventaja, pues justamente eso sirve de pie forzado para continuar pensando el tema del dolor en la clínica.

Hay dos aspectos esenciales que me movieron a reflexionar acerca de la importancia de seguir pensando el tema del dolor en la clínica psicoterapéutica. Primero, porque para una mejor comprensión del dolor crónico hay que analizar el lugar y la función que ocupa el dolor en la vida de la persona que lo padece. Segundo, porque se ha investigado poco acerca de cómo el sujeto tramita su dolor ante los nuevos discursos y prácticas emergentes de las sociedades contemporáneas, en particular las nuevas tecnologías que se han desarrollado dentro del discurso

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

capitalista. Dessal (2019) reflexiona acerca del trabajo psicoanalítico en torno a las nuevas tecnologías:

Nuestro papel consiste en sumarnos a otros enfoques, filosóficos, sociológicos, económicos, políticos, con el fin de comprender cuáles son las consecuencias sintomáticas que —sin obviar los indiscutibles beneficios— nos supone esta discordancia entre la inmediata asunción de los objetos técnicos y el entendimiento de la función que cumplen en nuestra vida (p. 31).

El uso de las nuevas tecnologías no es el tema central del trabajo de investigación, sino una vía que permite investigar el discurso subjetivo del dolor crónico por medio de la palabra escrita es importante considerar sus efectos en la subjetividad y el quehacer clínico. Según Lemma y Caparrotta (2014) señalan que “teniendo en cuenta que el internet y otras formas de comunicación virtual han estado en vigor durante al menos 20 años, sorprendentemente poco se ha escrito sobre el uso de las nuevas tecnologías en la literatura psicoanalítica” (p. 1) El uso de las nuevas tecnologías ha contribuido a la construcción de todo un andamiaje simbólico e imaginario que según mi juicio clínico tiene un significado crucial para algunos pacientes, pues se juegan asuntos de la economía psíquica, la mirada del Otro, entre otros que se discutirán más a fondo en esta investigación.

D. Propósitos y Preguntas de Investigación

El dolor nos dice algo a través del cuerpo; el reto es interrogarlo y escucharlo ¿Qué es lo que duele? ¿Dolor de qué? ¿Dolor de quién? ¿Qué hace el sujeto con ese dolor? Nasio (1991) sugiere que el intento desde el psicoanálisis es “...situar adecuadamente la parte del psiquismo en la determinación del hecho doloroso” (p. 83). Estas preguntas aluden a un intento de

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

acercarnos a una mejor comprensión de aquello que trae el sujeto, más que para demarcar momentos cronológicos, pues el sufrimiento y el dolor no son aliados de un tiempo lógico.

Los propósitos de esta investigación son:

1. Describir cómo se conceptualiza el dolor crónico femenino desde la clínica psicoterapéutica actual y el psicoanálisis, considerando el distanciamiento de la clínica psicoanalítica de los modelos psicológicos que promueven abordaje adaptativo al dolor.

2. Conceptualizar el cuerpo, el dolor y la subjetividad femenina desde la teoría psicoanalítica

3. Analizar los discursos acerca del dolor crónico en sujetos femeninos desde la conceptualización psicoanalítica respecto a las diferentes vías en las que el dolor crónico femenino se puede abordar en el quehacer clínico y ético desde el psicoanálisis.

Las preguntas de esta investigación son:

1. ¿Cómo se aborda el dolor crónico en la clínica psicoterapéutica contemporánea?

2. ¿Qué lugar y función ocupa el dolor crónico en la dimensión subjetiva femenina desde la teoría psicoanalítica?

3. ¿Qué aportes brinda la escritura de estas mujeres en cuanto a la constitución del sujeto femenino y su padecimiento del dolor crónico?

4. ¿Qué elementos del discurso de la dimensión subjetiva se presentan a través de la vía de la escritura del *blog* en tanto forma de tramitar sus malestares?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

5. ¿Cómo pensar el quehacer clínico desde la teoría psicoanalítica con sujetos femeninos que padecen dolor crónico tomando en cuenta los discursos emergentes en las sociedades contemporáneas (ej. Discurso capitalista y nuevas tecnologías)?

A modo de resumen expongo una descripción de lo que se trabaja en cada capítulo.

El capítulo uno comienza con una introducción al tema, en la cual se exponen las razones por las cuales el tema del dolor crónico y su dimensión subjetiva generaron importantes interrogantes durante mi formación clínica. A través de la justificación, elaboré las razones por las cuales es pertinente pensar este tema en la actualidad de nuestro quehacer teórico y clínico. Luego, se presentan las preguntas que guían esta investigación las cuales, en conexión con la metodología, se irán elaborando para perfilar algunas posibles respuestas. Se exponen las diversas perspectivas desde donde se definen y se proponen tratamientos para las personas con dolor crónico. A su vez, se problematizan dichos abordajes en torno al dolor crónico, incluyendo el discurso médico, el psiquiátrico y la psicología en relación con el discurso capitalista y las nuevas tecnologías.

En el capítulo dos se conceptualizan los antecedentes teóricos desde la obra freudiana del así también ponderando conceptos como histeria, síntoma histérico, pulsión, la feminidad, entre otros. Además, se trabajan algunas contribuciones de la obra de Jacques Lacan para pensar las maneras en que se juega la dimensión subjetiva del dolor, tomando en cuenta los tres registros del psiquismo, el goce, y los virajes teóricos acerca de la feminidad.

En el capítulo tres se utiliza el análisis de discurso lacaniano propuesto por Parker, Cuellar y Saville-Young (2013) con el propósito de explorar los significantes y metáforas asociadas al dolor crónico femenino en los *blogs*. Este método es útil para analizar las

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

conexiones de los significantes más allá de los patrones o las repeticiones de estos en el texto. Asimismo, provee una forma de abordar la compleja relación entre sujeto y lenguaje.

En el capítulo cuatro a modo de reflexión final, se articula un análisis entre las coordenadas teóricas para abordar el dolor crónico femenino y los modos en que el discurso capitalista, tecnológico y científico inciden en el cuerpo y la subjetividad. Dicho análisis deriva, inevitablemente, en la reflexión de nuestro quehacer teórico y práctico desde la perspectiva psicoanalítica, sus contribuciones y los retos que encuentra en la actualidad.

E. Método

Para llevar a cabo la investigación de este trabajo, se realizó análisis discursivo de la dimensión subjetiva femenina del dolor crónico a través de bitácoras digitales, mejor conocidas como *blogs*. Entre los objetivos principales de este trabajo se encuentra realizar un análisis de temas emergentes acerca del dolor crónico femenino desde la perspectiva psicoanalítica para explorar elementos discursivos del dolor y el cuerpo femenino. La recopilación de información se llevó a cabo a través de 10 *blogs* de acceso público en el internet. Según Wilson et al. (2015), la utilización de *blogs* en investigaciones de diseño cualitativo para recopilación de datos ha ido aumentando a través del tiempo resultando beneficioso para uso en investigaciones. Entre estos beneficios, se encuentra el generar conocimiento por medio de la accesibilidad a determinada información que de otra manera no fuese posible (Wilson et al., 2015). La brújula teórica de este análisis se realizó a través de las Obras Completas de Sigmund Freud y los Seminarios y Escritos de Jacques Lacan. Debido a que la noción del cuerpo en este trabajo parte de la teoría psicoanalítica, y no de una premisa del cuerpo biológica, se aborda este como campo discursivo.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

1. Diseño de la investigación

Para realizar la investigación de este trabajo, se llevó a cabo un análisis de discurso de los temas emergentes empleando una metodología cualitativa – inductiva. Santander (2011) explica que en el caso de las categorías de análisis que no son previas sino emergentes, se deben considerar la conceptualización teórica, así como la formulación de las preguntas de investigación y de los objetivos, para hacer una apropiada delimitación de los temas considerados emergentes.

2.Participantes

Este estudio no realizó reclutamiento de participantes o utilización de información con restricción de acceso. Cabe resaltar que para motivos de esta investigación el objeto de estudio no son los *blogs* ni sus autores/as, sino el texto que proporcionará los temas emergentes a través del análisis, por lo que no se llevó a cabo interacción con sujetos humanos.

3.Procedimientos

- a. Fase Administrativa.** Durante esta fase se sometieron los documentos requeridos a CIPSHI bajo la categoría de expedito. Este protocolo fue evaluado administrativamente, autorizado y declarado exento de la revisión adicional, y aprobado por CIPSHI (# 2021-104) (ver Apéndice A). El contenido de los *blogs* fue utilizado de forma anónima por lo que no por lo que no representa riesgo humano.
- b. Fase de Instrumentación y Recogido de Información.** Para recopilar el contenido de los *blogs* se utilizó la plataforma de búsqueda de información Google con palabras y frases claves para identificar *blogs* de dominio público únicamente. Para la recopilación de los datos los criterios de inclusión para seleccionar los *blogs* serán los siguientes: (a)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

que el contenido esté asociado a dolor crónico femenino (b) que esté escrito por personas que se identifiquen con el género femenino (c) y que provenga de una plataforma digital de acceso público.

c. Fase de Análisis. Para el análisis de la información recopilada se empleó como técnica el análisis de discurso. Definir análisis del discurso como metodología es una tarea compleja, pues además de ser empelado como un método de investigación, ha cumplido la función de ser una herramienta para analizar críticamente la psicología tradicional (Potter 2012, en Usher & Pérez, 2014). Esta metodología cualitativa permite un acercamiento al texto de corte inductivo y exploratorio. Es decir, el propio texto es aquello que provee el material de análisis para crear las categorías de los temas emergentes. Para llevar a cabo el análisis de los textos escritos tomé en consideración algunos elementos de la propuesta metodológica de Ian Parker (2013) llamada análisis lacaniano del discurso. Los ejes de análisis para llevar a cabo la metodología fueron las siguientes (Saville-Young, Parker & Cuellar, 2013):

1. Posición subjetiva: centrar el interés en las posiciones subjetivas que se estructuran a partir del saber sobre su dolor corporal.
2. Significantes amos: identificar significantes amos que estén asociados a discursos de la medicina, la psicología, la psiquiatría, u otros que sostengan un decir acerca del dolor.
3. Significante y metáforas: analizar significantes recurrentes y metáforas que aluden a la ilusión de que el sujeto hiciera uso del lenguaje en relación con el dolor, al cuerpo, afectos y a sus malestares subjetivos asociados a la cronicidad de su dolor.
4. Posición de investigador: documentar la relación que el investigador establece con el texto pensándolo desde su posicionamiento ético desde el psicoanálisis.

F. Revisión de Literatura

1. Antecedentes en la Investigación sobre el Dolor Crónico

La literatura sobre investigaciones psicoterapéutica acerca de las personas con dolor crónico es extensa, particularmente en la propuesta de técnicas y estrategias de intervención psicoterapéutica para el manejo del dolor. Entre los hallazgos, también se destaca que parte del criterio para considerar que una persona padece de dolor crónico es la manifestación de síntomas de depresión o angustia, lo que es considerado un resultado de su padecer. En la literatura más reciente se destaca una mayor cantidad de líneas de investigación en cognitivo-conductual, neuropsicología, psiquiatría, farmacología y psicoeducación. Se encontraron también trabajos de investigación desde la teoría psicoanalítica, por ejemplo: estudios de caso, textos y artículos académicos, y disertaciones doctorales. Un aspecto para resaltar es que la mayoría de la información reciente acerca de dolor crónico está vinculada a la fibromialgia. Esto se percibió con frecuencia en los hallazgos de literatura psicológica y neuropsicológica, por tal razón dicha categoría diagnóstica será abordada a través de este trabajo con más frecuencia que otras (ej. reumatoide, lupus, esclerosis múltiple). Aun así, el énfasis de este trabajo es en el *dolor crónico* y su dimensión subjetiva, ya que provee la posibilidad de abordar el tema desde un espectro amplio.

a. El Dolor Crónico desde la Psicología

El tema del dolor crónico en la psicología no es un asunto nuevo, pero quizás no tuvo tanta relevancia en términos de política pública como en el año 2000 cuando el Congreso de los Estados Unidos aprobó la legislación llamada “The Pain Relief Promotion Act”. La misma define el manejo del dolor y cuidados paliativos “como ciertos tipos de acciones, cuyo propósito

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

es diagnosticar y aliviar el dolor y otros signos y síntomas angustiantes y mejorar la calidad de vida, no acelerar o posponer la muerte.” Además de aprobar esta legislación, el congreso promulga la década del 2000 como la “década de la investigación y control del dolor” estableciendo que tales investigaciones debían “recopilar y divulgar protocolos y prácticas basadas en la evidencia relacionadas al manejo del dolor”. Entonces, ¿qué implicaciones tiene esto para los tratamientos psicológicos que reciben las personas con dolores crónicos?

Las conceptualizaciones del dolor crónico dentro de la psicología serán tan diversas, como el número de enfoques psicológicos que existen en la actualidad. No obstante, hay unos enfoques que serán más legitimados y tomados en cuenta como, por ejemplo, la perspectiva cognitivo conductual y biopsicosocial, conjunto con las prácticas basadas en la evidencia. Dichas prácticas, más allá de “comprobadas” deben ser apropiadas, y enfatizo la palabra apropiada, porque no se trata solo de que no sean falsables, sino que también deben cumplir con unos estándares particulares para ser llevadas a la aplicación. De igual manera, se puede constatar que predomina el manejo del dolor, descrito como el abordaje más efectivo para lidiar con todo lo relacionado al dolor crónico.

De la revisión de literatura se desprenden varias definiciones y conceptualizaciones del manejo del dolor, no obstante, el uso de la conceptualización del dolor para fines de este trabajo tiene el propósito de dar cuenta como ha habido un intento de entrelazar lo biológico, lo psicológico y lo social. Turk y Akiko (2002), en Turk y Okifuji (2002), señalan lo siguiente:

Ha habido un crecimiento en el reconocimiento de que el dolor es una experiencia perceptual compleja influenciada por amplios factores psicosociales, incluyendo las emociones, el contexto social y ambiental, trasfondo cultural, el significado de dolor para cada persona, sus creencias, actitudes, expectativas, así como factores biológicos.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Esta manera de conceptualizar el dolor proyecta una amplitud de conceptos que no se tomaba en consideración años atrás, sin embargo, se puede apreciar que le subyacen particularmente supuestos teóricos de la perspectiva cognitiva al proponer el dolor como un asunto de experiencia perceptual. A su vez, los autores indican que, junto a un modelo biopsicosocial, la terapia cognitivo conductual es la más apropiada para el paciente con dolor crónico, señalando que el “Task Force” de la División de la Promoción y Diseminación de la Asociación Americana de Psicología “ha respaldado la terapia cognitivo conductual como un enfoque de tratamiento ‘bien establecido’ para numerosos problemas del dolor” (Chambless et al., 1998, en Turk y Okifuji, 2002).

Jensen y Turk (2014) en un artículo titulado “Contribuciones de la Psicología a la Comprensión y Tratamiento de Personas con Dolor Crónico” plantean que el dolor crónico es un problema recurrente con costos significativos tanto para las personas que lo padecen, como sus cuidadores y la sociedad. Ofrecen una visión general de las contribuciones seminales hechas por algunas áreas de la psicología para la comprensión actual del tema. También describen tratamientos que se han desarrollado sobre la base de principios psicológicos y modelos de dolor. Según los autores, muchos de estos modelos han demostrado eficacia para reducir el dolor y su impacto en el funcionamiento psicológico y físico. El artículo termina con unas recomendaciones para la investigación futura y la práctica clínica la cual hace énfasis en la creación de modelos que den cuenta del caso por caso. Los autores sostienen lo siguiente:

Se podrían realizar estudios prospectivos para determinar si los tratamientos personalizados para abordar las características específicas del paciente producen, de hecho, los efectos deseados. La investigación en esta área proporcionaría una base empírica para prescribir tratamientos a aquellos más propensos a beneficiarse. También

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

podría inspirar el desarrollo de tratamientos que coincidan con las características de los pacientes que pueden no haber respondido. Esta estrategia conduciría a mejores resultados de los pacientes y sería más rentable que el enfoque actual de tratar a todos los pacientes de la misma manera, con un tratamiento seleccionado en función de las preferencias y la formación de los proveedores en lugar de los resultados de los ensayos clínicos. Hay una gran necesidad de investigación que va más allá de preguntarse si un tratamiento en particular es eficaz y en su lugar aborda qué tratamiento es eficaz para qué paciente, y bajo qué circunstancias (Jensen & Turk, 2014, p.114).

Turk, Swanson y Tunks (2008) en un estudio titulado “Enfoques psicológicos en el tratamiento de pacientes con dolor crónico, cuando las píldoras, los bisturíes y las agujas no son suficientes”, plantean que el dolor crónico es un problema frecuente y representa altos costos monetarios para los sistemas de salud. Los autores destacan que para que los tratamientos para personas con dolor crónico tengan éxito los pacientes deben desarrollar sus destrezas de adaptación a los síntomas y la autogestión. Se describen los tratamientos basados en: refuerzo externo, entrevistas motivacionales, relajación, meditación, biorretroalimentación, imágenes guiadas e hipnosis. Los resultados sugieren que la perspectiva cognitivo-conductual tiene la mayor cantidad de investigación que apoya la eficacia de este enfoque con pacientes con dolor crónico. Añaden que, la perspectiva sobre el rol de las creencias, actitudes y expectativas de los pacientes en el mantenimiento y exacerbación de los síntomas es más importante que las técnicas empleadas por el modelo de tratamiento. Dichas técnicas están orientadas a fomentar el autocontrol y la autogestión que alentarán al paciente a reemplazar sus sentimientos de pasividad, dependencia y desesperanza con actividad, independencia e ingenio. Los autores concluyen que los factores psicosociales y conductuales desempeñan un papel importante en la

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

experiencia, el mantenimiento y la exacerbación del dolor y que la autogestión es un complemento importante de los enfoques biomédicos. La terapia cognitiva-conductual sola o en el contexto de un programa interdisciplinario de rehabilitación del dolor tiene la mayor evidencia empírica de éxito para su manejo. Sin embargo, indican que ninguno de los modelos de tratamiento más comúnmente prescritos es suficientes para eliminar el dolor, por lo que un enfoque más realista probablemente combinará componentes farmacológicos, físicos y psicológicos adaptados a las necesidades de cada paciente.

Un estudio llevado a cabo por Amaya y Carrillo (2015), para determinar la asociación entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de las personas con dolor crónico no maligno en la ciudad de Tunja (Colombia), destaca el rol de las creencias como mencionaban Turk, Swanson y Tunks (2008) en el estudio antes mencionado. Éstos realizaron un estudio mixto (cualitativo y cuantitativo) en el cual participaron 340 personas con dolor crónico no maligno. Los resultados sugirieron, que las personas con dolor crónico no maligno participantes en el estudio fueron en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre los 36 a los 59 años, con niveles de escolaridad heterogéneos, con escasos recursos socioeconómicos y que se dedicaban mayormente a trabajar en el hogar. La presencia de dolor superaba los tres años y su intensidad fue clasificada como severa. Los resultados revelaron una alta percepción del apoyo social, así como alto uso de estrategias de afrontamiento, como, por ejemplo, la religión. Las autoras concluyeron que, las intervenciones de apoyo social adaptadas a los contextos y ámbitos en los que se encuentran las personas con dolor crónico no maligno se deben considerar como iniciativas para fortalecer las estrategias de afrontamiento.

A pesar de que en la revisión de literatura más reciente se percibió una tendencia leve a dar cuenta de la necesidad de cada paciente, todavía muchos programas de intervención apuestan

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

al uso de manuales y protocolos para implementar intervenciones grupales y genéricas. Una representación de esto se puede apreciar en la investigación de Van-der Hofstadt et al. (2017) quienes llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia de un programa de intervención grupal para personas con dolor crónico y su muestra estuvo compuesta por 105 participantes de la Unidad de Dolor del Hospital General Universitario de Alicante. El programa consistía en ocho sesiones de psicoeducación, facilitando información sobre el síndrome de dolor, trabajando la regulación emocional, procesos cognitivos que impiden el afrontamiento y la reactividad fisiológica. Entre los objetivos de la intervención era ayudar a los participantes a afrontar el dolor de un modo más adaptativo y abordando el dolor en las tres dimensiones que lo componen (cognitiva, emocional y conductual). Además de la intervención, cada paciente continuó su tratamiento médico, de forma independiente a su participación en el programa. Se administró unos cuestionarios pre y post a la aplicación del programa. En el estudio se midió el nivel de dolor, calidad de vida, ansiedad, depresión, atributos del sueño y autoeficacia. Se obtuvo mejoras significativas en los niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida física, autoeficacia, en todas sus dimensiones (control de síntomas, funcionamiento físico y control del dolor) y aspectos de los atributos del sueño, como cantidad y alteraciones del sueño. Concluyeron que el programa protocolizado y realizado por profesionales adiestrados es efectivo para: disminuir la percepción del dolor, aumentar la calidad de vida en su componente físico, mejorar la autoeficacia y los atributos del sueño en pacientes con dolor crónico.

b. El Dolor Crónico desde la Medicina

En términos biomédicos, el dolor es considerado como una señal del sistema nervioso de que algo no está funcionando óptimamente. Se estima que el 20.4% (50 millones) de los adultos estadounidenses tenían dolor crónico y el 8.0% de los adultos estadounidenses (19,6 millones)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

tenían dolor crónico de alto impacto. Se reporta que la prevalencia es mayor en mujeres, adultos mayores, adultos con historial de desempleo frecuente, los adultos que vivían en la pobreza, los adultos con seguro médico público y los residentes rurales. Estos hallazgos podrían utilizarse para orientar las intervenciones de manejo del dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), después de 40 años propuso un cambio de la definición del dolor para la Organización Mundial de la Salud. En ambas ocasiones, los comités de trabajo para crear la definición deliberaron que a cada definición se le añadiría unas notas para enfatizar aspectos importantes de la complejidad del dolor que eran complicados abordar en una definición de carácter conciso y breve. La primera definición propuesta por Harold Merskey, presidente del Subcomité de Taxonomía de IASP, y su equipo de trabajo en el 1979 fue la siguiente: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.” Dicha definición también fue aceptada y utilizada por la Organización Mundial de la Salud. Luego de cuatro décadas, la IASP en un equipo de trabajo dirigido por Srinivasa N. Raja revisa la definición en el periodo del 2018 al 2020, proponiendo la nueva definición: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Durante las primeras discusiones entre los miembros del grupo de trabajo, se logró el consenso con respecto a ciertas premisas básicas, y una de estas es que la definición debía ser válida para el dolor agudo y crónico, y aplicarse a todas las afecciones del dolor, de la cuales haremos una distinción próximamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), propone la siguiente definición del dolor crónico, la cual se distingue del dolor agudo por aspectos de temporalidad, y cito: “es una experiencia sensorial y emocional

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en función de tal daño. El dolor crónico es aquel que dura o se repite por espacio de más de 3 meses”. A diferencia del dolor agudo que se define como “dolor que dura menos de 3 meses. En 2013, IASP formó un grupo de trabajo para producir y actualizar una clasificación de enfermedades del dolor para uso internacional. Como resultado de este trabajo, la nueva edición de La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que la OMS adoptó en 2019, incluye por primera vez una clasificación de dolor crónico.

La nueva clasificación divide el dolor crónico en siete grupos: (a) dolor crónico primario, (b) dolor crónico por cáncer, (c) dolor crónico postquirúrgico o postraumático, (d) dolor crónico neuropático, (e) dolor orofacial y cefalea, (f) dolor visceral crónico y (g) dolor crónico musculoesquelético. Entre los cambios del CIE-11 se incluye al dolor crónico oncológico al igual que el dolor postquirúrgico o postraumático, el dolor orofacial y cefalea, el dolor crónico musculoesquelético secundario se define como el que afecta a las estructuras como tendones, músculos y huesos, ya sea debido a inflamación, cambios crónicos en su estructura o por alteración de la función biomecánica secundaria a enfermedades del sistema nervioso. Otro cambio significativo es la distinción que se hace entre este grupo de dolor crónico musculoesquelético frente al dolor crónico primario, en el que se incluye el dolor extendido crónico “Chronic Widespread Pain”, fibromialgia y el dolor crónico musculoesquelético, que se denominaba como ‘no específico’ en clasificaciones anteriores. También pertenecen a este grupo de dolor crónico primario el dolor crónico pélvico, las cefaleas primarias y el síndrome de colon irritable.

De acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos), las

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

mujeres y los adultos mayores informan tener más dolor crónico que los hombres, y tienen un mayor riesgo de padecer muchas afecciones que provocan dolor. Algunas personas podrían tener dos o más enfermedades que causan dolor crónico. Por otro lado, la Academia Americana de Médicos de Familia indica que por la prolongación del dolor crónico las personas que lo padecen pueden también presentar baja autoestima, depresión e irritabilidad.

c. El Dolor Crónico: El Caso de la Fibromialgia

El tema del dolor crónico cuenta con un amplio espectro de diagnósticos como quedó demostrado al presentar la clasificación internacional de enfermedades (ICE-11) de la OMS, sin embargo y como mencionado anteriormente, esta revisión le otorgará relevancia a la fibromialgia por varias razones: (a) durante la revisión se encontró una muestra significativa de artículos académicos que abordaban la relación entre el dolor crónico y la fibromialgia, (b) la fibromialgia es una de las enfermedades asociadas a dolor crónico cuyas características principales es la no evidencia de daño tisular y presencia de sintomatología psicológica, (c) a pesar de que existen hombres con diagnósticos de fibromialgia, la literatura encontrada sugiere que la mayoría de los casos son mujeres. La fibromialgia, como dolor crónico y diagnóstico que, permite interrogar aspectos medulares de las interrogantes que guían este trabajo en torno a la posición subjetiva femenina, el cuerpo y los discursos hegemónicos actuales.

El Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS, por sus siglas en inglés) define la fibromialgia como:

Un trastorno crónico (de larga duración) que causa dolores musculares y fatiga (cansancio). Las personas con fibromialgia tienen dolor y sensibilidad en todo el cuerpo. Es posible que también tengan dos o más trastornos crónicos del dolor al mismo tiempo,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

tales como: síndrome de fatiga crónica, endometriosis, enfermedad inflamatoria del intestino.

Es importante destacar que, en su página de inicio en las redes sociales donde presenta la definición, NIAMS hace poca o ninguna mención de síntomas de depresión, memoria o perturbación del pensamiento. No obstante, en una hoja de guía rápida acerca de los síntomas amplía un poco más la información mencionando que podrían presentarse síntomas como problemas del sueño, memoria y pensamiento al cual llaman ‘fibro fog’.

De modo que, la persona refiere experimentar como un tipo de niebla del pensamiento que no le permite un funcionamiento cognitivo óptimo y le resta claridad mental. En el caso del ‘fibro fog’, este es atribuido mayormente a la falta de sueño. En parte, lo que levanta interrogante es el nombre que la propia medicina le otorga al conjunto de dichos síntomas: ‘fibro fog’. ¿Por qué ‘fog’? ¿Por qué ‘fibro fog’? Estas metáforas requieren ser analizadas críticamente porque devienen en un discurso que influyen en cómo se significa el diagnóstico. ¿Qué se niebla, entonces? ¿el pensamiento, lo afectivo, la esperanza en el horizonte de que no duela más? Miguel de Unamuno (1914) en su novela Niebla cita lo siguiente: “La única verdad es el hombre fisiológico, él que no habla, él que no miente” (p.37). ¿A qué ‘verdad’ es a la que se refiere Unamuno? De acuerdo o no con Unamuno, la cita evoca interrogantes acerca de las maneras en que el cuerpo -que no sería fisiológico- hablaría y cuando habla mentiría o sería propenso a decir en sus síntomas algo de dicha mentira y del sujeto que escapa al pensamiento, a la palabra.

A diferencia de la NIAMS, el Colegio Americano de Reumatología desde su página de inicio hace alusión a aspectos relacionados al área neurológica y psicológica. Según el Colegio Americano de Reumatología, la fibromialgia es un problema de salud neurológico que provoca dolor y sensibilidad generalizados. El dolor y la sensibilidad se siente de manera intermitente en

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

todo el cuerpo. Añaden que, entre los síntomas que manifiesta una persona diagnosticada con fibromialgia se encuentran: sensibilidad al tacto o a la presión en músculos, articulaciones, o piel, cansancio extremo, dificultades para dormir, despertar con cansancio y problema de la memoria o para pensar de manera clara. Además, sugieren cuales serían los tratamientos suplementarios a la farmacología, además de ejercicio aeróbico y yoga:

La terapia cognitivo-conductual se centra en la comprensión de cómo los pensamientos y las conductas afectan el dolor y otros síntomas. Esta terapia y otros tratamientos relacionados, como mindfulness, pueden ayudar a los pacientes a aprender técnicas de reducción de síntomas que aplaquen el dolor. Mindfulness es una práctica de meditación no espiritual que cultiva la conciencia del momento presente. La reducción del estrés basada en esta técnica ha demostrado mejorar de forma significativa los síntomas de fibromialgia (s.f.).

Ambas definiciones son similares, sin embargo, difieren en que el Colegio Americano de Reumatología especifica que, aunque las causas no están claras aún, la fibromialgia es una condición de salud neurológica, mientras que la NIAMS no hace referencia al aspecto neurológico per se, sino que la describe como una enfermedad crónica de larga duración. Si bien hay un consenso en términos de síntomas, surge la interrogante de por qué la diferencia conceptual en la definición. ¿Qué consecuencias tiene esta diferencia en énfasis en una disciplina donde la universalización es indispensable?

En el caso particular de la fibromialgia, condición que se caracteriza principalmente por padecimientos de dolores crónicos, además de la terapia cognitivo conductual, han sido sugeridas otras terapias complementarias, medicina alternativa, técnicas de relajación e intervenciones psicoeducativas. Chávez Hidalgo (2013) explica otro modelo con el acrónimo de ExPRESS, que

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

se refiere a: Ex es para el Ejercicio, P es la comorbilidad psiquiátrica (en referencia a los diagnósticos de depresión y ansiedad principalmente), R es para ‘recuperar la función’, afectada en la fibromialgia y E para la Educación, ya sea impartida por talleres o información provista en páginas de redes sociales (ej. Asociación Nacional de Fibromialgia) y la S, se refiere a al sueño. Este modelo multimodal y no farmacológico, conjunto con el modelo biopsicosocial y la terapia cognitiva, según la literatura revisada es recomendado y descrito como el más efectivo para las personas que padecen fibromialgia. En este caso, resurge mi pregunta acerca del uso de acrónimos como este: ExPRESS. Si bien responden al conjunto de letras iniciales de un tratamiento, y de seguro con intenciones de ampliar las alternativas del paciente, no es menos cierto que “express” pareciera denotar algo que opera con rapidez. Mientras, parecería que dicho modelo no cumplirá con la expectativa que acarrea su nombre, pues justamente la fibromialgia se caracteriza por conllevar un dolor crónico constante e insistente.

Las propuestas multimodales parecen estar teniendo bastante auge, en especial aquellas que integran la meditación plena y la medicina alternativa. También, se ha ido reconociendo que los medicamentos en muchos casos no funcionan de manera aislada, sino que se han tenido que ocupar de buscar otras maneras de manejar el dolor. Por un lado, me parece que la integración de la medicina alternativa es un paso importante que considerar, no obstante ¿hasta qué punto se provee un espacio para escuchar al paciente y crear las condiciones para profundizar sobre el dolor más allá de atender la queja y pretender aliviarla?

Lodroño et al. (2005) realizó una revisión teórica acerca de los principales factores involucrados en el manejo efectivo del dolor crónico, los cuales giran en torno a aspectos teóricos, formas de evaluación, tratamiento, aspectos psicológicos y relación cuidador/paciente. Según los autores plantean:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

En teoría se ha superado la visión simplista del fenómeno del dolor, sin embargo, estos avances no han sido del todo llevados a la práctica. En la mayoría de los casos, el dolor se sigue tratando como una afección física y sólo en contadas ocasiones, se ofrece un tratamiento integral que incluya las dimensiones motivacional y evaluativa (p.26).

Mas allá de las posibles causas atribuidas a la fibromialgia, las cuales son meritorias de un análisis que trascienden los límites de esta investigación, se podría decir que existen dos denominadores comunes que le subyacen: dolor y sufrimiento. El asunto con el dolor crónico es que no se limita al organismo, sino que trasciende a lo subjetivo, y la medicina tendrá sus límites en considerar los aspectos subjetivos del dolor. Al encontrarse con ese límite del paciente que no puede ser aliviado y/o curado, y que su dolor no cesa, sino que demanda más de lo que recibe, entonces es que intenta a través de la psiquiatría y la psicología aliarse a otros modos de intervención. A esto se le añade que en las clínicas médicas y hospitales apremian asuntos como el tiempo, el espacio, el dinero, y eso también tiene importantes implicaciones en cómo se aborda la fibromialgia y cualquier otro padecimiento de dolor crónico. El dolor insistente del paciente con dolor crónico, particularmente con diagnóstico de fibromialgia, es parte de lo que convoca a cuestionar todo un trabajo de corte intervencionista que intenta desaparecer el dolor de manera rápida y costo-efectiva. ¿Qué hace la medicina, la psiquiatría y la psicología en su trabajo de interconsulta con aquello que insiste, que es mortificante pero no mortal?

Es parte de esta investigación analizar hasta qué punto los modelos interdisciplinarios han superado esa visión simplista y hasta dónde llega esa complejización, ¿Acaso el dolor crónico se trata de un asunto de dimensión motivacional y cognitiva o hay otros elementos que deben ser considerados? Esto no quiere decir que no haya aportaciones importantes de cómo pensar el dolor desde la psicología, pues ha habido cambios desde las propuestas conductistas de cómo

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

abordarlo, reduciéndolo a un asunto de estímulo y respuesta hacia abordajes un poco más amplios. Sin embargo, a pesar de estos cambios, Lodroño et al. (2005) argumentan que en la práctica frecuentemente, esto no se toma en consideración señalando que:

Muchos de los modelos multidisciplinares propuestos, tardan años en ser comprendidos y llevados a la práctica en ambientes hospitalarios, debido a su lenta difusión y a que algunos administradores de la salud piensan que pueden llegar a ser muy costosos (p.26).

La lógica de mercado, en la que se encuentra insertada la fibromialgia, se limita en gran medida, a poder tomar en consideración y dar cuenta de la complejidad del dolor crónico y todo lo que este conlleva para la vida del sujeto. Las personas con el diagnóstico de fibromialgia quedan atrapadas en el entramado de lo costo-efectivo y del “one size fits all”.

A modo de síntesis, es importante destacar que, estas conceptualizaciones de la fibromialgia necesitan ser contextualizadas en el paradigma de la modernidad, desde el cual la medicina, la psiquiatría y la psicología positiva, requieren de estrategias para corresponder a los postulados de la ciencia de predicción y control, entre otros. Así también, responden a una lógica de oferta y demanda, que sirve para producir diagnósticos, terminando al servicio del imperio comercial de fármacos. Una de las maneras en que esto ha sido posible, ha sido con la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés). A continuación, realizaré una exposición de cómo se aborda el dolor crónico y la fibromialgia desde el DMS, además de hacer referencia a las controversias que han surgido debido a las transformaciones diagnósticas relacionadas a estas clasificaciones. Una pregunta a modo de reflexión y que será elaborada en el análisis final de este trabajo es la propuesta por Leibson (2000), acerca del cuerpo insertado en una lógica de mercado: “¿Qué pasa con este cuerpo cuando es tomado en la globalización del mercado?” (p.12).

d. La Psiquiatría, el Dolor Crónico y la Fibromialgia

Las personas que manifiestan sintomatología de dolor crónico visitan en primera instancia a su doctor primario, una clínica de urgencias o emergencias. Generalmente, es desde ese punto de partida que se hacen referidos a los diferentes especialistas. En el caso de las personas con dolores musculares o en las articulaciones se refieren a un reumatólogo, y luego de llevar a cabo una variedad de análisis y después varios años en algunos casos, es que podrían ser diagnosticadas con fibromialgia. Frecuentemente, los reumatólogos se percatan de que el dolor viene acompañado de sentimientos de impotencia, modulaciones anímicas, entre otros, lo que se tiende a traducir operacionalmente en la nosología diagnóstica psiquiátrica y psicológica como síntomas de depresión, ansiedad y desordenes del ánimo. En relación con esto, Katz et al. (2015) informan que en un estudio realizado en 18 países con una muestra de 85,088 personas a través de un cuestionario sugieren hallazgos que apuntan a que “el dolor crónico tiene una alta relación de comorbilidad con depresión y ansiedad” (p.162). De acuerdo con el juicio clínico del médico, se hace un referido al psiquiatra o al psicólogo, con el gran reto de que el paciente acepte. Por ejemplo, percibí durante mi práctica clínica que el médico encontraba gran dificultad en presentar argumentos suficientes para *convencer* al paciente a buscar ayuda psicológica y/o psiquiátrica. Esto también suele estar acompañado de una gran desesperanza por parte del paciente a que el dolor minimice o desaparezca, y/o que los demás acepten y comprendan su dolor y lo que este conlleva. En los casos en que el paciente acepta la ayuda psiquiátrica y/o psicológica, y dependiendo de la severidad del cuadro clínico, se realizarán los planes de intervenciones farmacológicos o no farmacológicos.

En torno al abordaje psiquiátrico de la fibromialgia, Kasper (2009), señala en su artículo “The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient” que, aunque la fibromialgia no está

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

clasificada como trastorno psiquiátrico, es considerada generalmente como una disfunción en la percepción central del dolor, lo que describe como un mecanismo básico del ser humano. El autor problematiza que, por lo general los psiquiatras no están preparados para tratar personas con fibromialgia debido a que solo suelen prescribir medicación, sin embargo esto ha demostrado no ser suficiente. Para Katz et al. (2015), una terapia exitosa para la fibromialgia requiere un enfoque multidisciplinario, y añade que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento indicado. A su vez, propone un modelo de manejo llamado MESS (por sus siglas en inglés): Medication (Medicación), Exercises (Ejercicios), Sleep (Sueño) y Stress (Estrés). Uno de los aspectos que me llamó la atención es que “mess” en inglés también se refiere a desorden y reguero. Quizás se podría pensar un poco más sobre esto, pues la fibromialgia muchas veces llega como un “desordenar” las vidas de las personas que la padecen. ¿Por qué utilizar un significante como “mess”, cuya traducción al español es ‘desorden’ ‘lio’ ‘desbarajuste’ ‘desastre’ para justamente un tratamiento que intentan “organizar dicho desorden”? Las palabras a veces se emplean con cierta falta de importancia, y, sin embargo, cada palabra cuenta en como construimos la realidad.

Durante la revisión de literatura, se percibe un debate en la psicología y en la psiquiatría en torno a una nueva clasificación diagnóstica relacionada al dolor. Un ejemplo de esto es la eliminación de trastorno somatomorfo definido como la presencia de síntomas físicos sin aparente razón, que sugieren una enfermedad orgánica subyacente, pero que no indica la presencia de una enfermedad o trastorno orgánico específico, uso de sustancias o por otros trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los nuevos diagnósticos relacionados a manifestaciones corporales o fisiológicas en el DSM-V son los siguientes: (a) Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (181) 300.82 (F45.1). (b) Trastorno

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

de síntomas somáticos (181) Especificar si: Con predominio de dolor/ Especificar si: Persistente/ Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave; (c) Disfunciones sexuales (225) 302.76 (F52.6) y por último el (d) Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, c (230) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Interesantemente, todos los trastornos mencionados en los que se presentan somatizaciones corporales tienen como criterio estar asociados a trastornos por ansiedad.

Katz et al. (2015) argumentan que, la reciente clasificación diagnóstica de síntomas somáticos y desordenes relacionados conlleva, “el serio riesgo de asociar la “sobrepseudologización” con síntomas somáticos y etiquetar erróneamente reacciones normales de estar enfermo- en especial cuando los juicios son basados en expresiones vagas las cuales no son fiables” (p. 163). ¿A qué se refiere el autor cuando habla de sobrepseudologizar? Al indagar acerca del significado oficial de dicha palabra no fue posible encontrar su existencia ni definición en diccionarios como *The Oxford English Dictionary* o *Merriam-Webster*, ni la *Real Academia Española*. Dicho neologismo tiene la intención del autor de problematizar los diagnósticos provistos en el DSM-V en el sentido de que “son excesivamente inclusivos y estigmatizantes” (Katz et al., 2015, p.166). Los autores señalan que muchos pacientes con “síntomas significantes de tensión emocional recibirá un diagnóstico psiquiátrico inapropiado” (Katz et al., 2015, p.160).

Los autores, quienes apuestan a una mirada neurológica del dolor crónico, sugieren que se debe de utilizar la clasificación diagnóstica ‘Desorden de ajuste’, debido a que continúa siendo un diagnóstico más apropiado, preciso y aceptable para las personas que se preocupan excesivamente por su dolor, en el caso de que no haya estudios neurológicos que puedan sustentar una causa neurológica al dolor crónico. Si bien estos autores invitan a repensar el

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

asunto de la somatización y la problemática actual con el DMS-V, ¿acaso a falta de evidencia neurológica, siempre debe ser adjudicado un diagnóstico del DSM-V?

En otro estudio referente a la fibromialgia y al DSM-V, Wolfe et al. (2014) difieren de la propuesta anterior, elaborada por Katz et al. (2015). Estos investigadores realizaron un estudio para: (a) describir y evaluar los síntomas somáticos de pacientes con artritis reumatoide y fibromialgia, (b) determinar la relación entre los síndromes de somatización y la fibromialgia, y (c) evaluar la información de los síntomas de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico (DMS-5) para desórdenes de síntomas somáticos. Para llevar a cabo el estudio administraron a 6,233 personas con fibromialgia “Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)”, una medida de síntomas somáticos severos, artritis reumatoide y osteoartritis. La intensidad de los síntomas de las personas diagnosticadas con fibromialgia fue medida con una escala de dolor polisintomático. Los resultados sugieren que todos los pacientes con fibromialgia cumplen con los criterios de la sección “A” la cual describe los síntomas somáticos, mientras que la mayoría pareció haber cumplido con los criterios de la sección “B” debido al impacto que tienen los síntomas en afectar la vida diaria o en asociación con impedimento sustancia de las funciones diarias y calidad de vida. Los autores también señalan que la confiabilidad y validez de los criterios del DSM-5 es baja para esta población.

e. El Dolor Crónico y la Fibromialgia desde la Neurociencia y la Neuropsicología

En la actualidad, los diagnósticos relacionados con dolor crónico han sido campo de estudio de la neurociencia y la neuropsicología. En un estudio acerca de la relación entre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, el dolor crónico y la fibromialgia, Lledó et al. (2016) plantean que una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo podría estar implicada en la sintomatología que presenta la fibromialgia. El objetivo de este estudio fue

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

comparar el funcionamiento del sistema nervioso autónomo mediante la evaluación de la variabilidad de la frecuencia cardiaca entre mujeres con fibromialgia y sanas, y analizar su relación con distintas dimensiones del estado de salud percibido. Los resultados de este estudio sugieren que las mujeres con fibromialgia presentan una actividad parasimpática, hormonal y termorreguladora mucho menor que las mujeres sanas en situación de reposo.

Las neurociencias en sus intentos de buscar respuestas a los enigmas del cuerpo humano logran obtener muchos datos con los cuales generar otras interrogantes, pero también con los que no necesariamente se proveen “explicaciones precisas y comprensivas” (Damasio, 1994, p. 285). Éste nos advierte que, a pesar de la multiplicidad de hallazgos, “la causa de preocupación no reside en la falta de progresos, sino más bien en el torrente de nuevos datos que la neurociencia entrega, torrente cuyo caudal amenaza la capacidad para pensar con claridad” (p. 285). No se trata entonces de descartar el cuerpo, sino qué lugar ocupa en el estudio de la fibromialgia. Por ejemplo, un campo de estudio que toma en cuenta la interacción bidireccional entre organismo y ambiente es la epigenética la cual “pretende explicar por qué los organismos vivos expresan unos genes y silencian otros, para conformar así sus características físicas particulares y la susceptibilidad de desarrollar determinadas enfermedades”. Sin embargo, la epigenética no aísla la idea del gen, sino que atribuye todo un efecto ambiental, cultural y social a este.

Damasio (1994) en su libro *El error de Descartes*, diserta sobre su convicción de que “la idea de separación cuerpo y mente ha jugado en contra pues ha resultado en un ‘desdén de la mente’ el cual ha tenido consecuencias graves en la biología y la medicina occidental” (p. 283). Así también, añade que en los estudios de control neurocientíficos:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Finalmente se empieza a aceptar que los disturbios psicológicos leves o intensos pueden causar enfermedades en el cuerpo propiamente tal, pero las circunstancias, o el grado en que lo hacen, no han sido estudiadas. Nuestras abuelas, por supuesto, sabían todo esto; nos decían que la tristeza, la preocupación obsesiva y otros sentimientos podían dañar el corazón, provocar úlceras, arruinar el cutis y hacernos más vulnerables a las infecciones. Pero eso era demasiado “folclórico” o “falta de rigor” para la ciencia, y así era. La medicina tardó años en advertir que la base de la sabiduría humana merecía ser investigada (Damasio, 1994, p. 283).

Este punto que discute Damasio es, justamente, uno de los retos que han encontrado el psicoanálisis y algunas corrientes psicológicas, pues son criticadas por “sobrepseudologizar” las afecciones de personas que presentan ciertos cuadros clínicos relacionados a dolores crónicos. De ese reto, cabría preguntarse ¿qué ha tenido que hacer la psicología para sobrevivir al pensamiento positivista, cartesiano y univertalizador de la ciencia?

f. Investigaciones sobre los *Blogs* en el Campo del Dolor Corporal

En algunas disciplinas, los *blogs* han sido examinados como un género exclusivamente narrativo, distinto de otros escritos más utilitarios, como los *blogs* de acción social o política. Presentaré a continuación algunas investigaciones acerca del uso de los *blogs* y una reflexión final acerca del cuerpo, la palabra y el ciberespacio. En relación con el perfil psicológico y social de los usuarios de *blogs*, Gurak y Antonijevic (2008) en su artículo “The psychology of blogging: you, me, and everyone in between” plantean que por medio de los *blogs* los investigadores pueden estudiar sobre las características sociales y psicológicas de la comunicación mediada por computadora y el internet. Según los autores en el *blog* se juegan asuntos del individuo, del colectivo, lo personal y lo político transformando así algunas de las

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

normas culturales tradicionales, como las entre lo público y lo privado. Uno de los aspectos donde más política pública y social se ha desarrollado en los últimos tiempos es acerca de las fronteras difusas entre lo privado y lo público. Asuntos relacionados al cuerpo, la salud, los derechos de privacidad y divulgación son temas que han generado mucha controversia. Las nuevas tecnologías, la medicina y la psicología han ido creando alianzas hasta el punto de que algunos profesionales de la salud exhortan al sujeto aquejado por alguna condición de salud a contar su historia por medio de las redes sociales, entre estas los *blogs*, como estrategia de afrontamiento, manejo de la enfermedad y/o para recibir apoyo emocional y social, entre otros. Esto se podrá ver reflejado en algunos de los siguientes hallazgos que estaré exponiendo.

Heilferty (2009) en su escrito titulado “Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs” sostiene una revisión sistemática de investigaciones sobre *blogs*. Identificó que una gran cantidad de disciplinas incluía alguna referencia al fenómeno o al acto de bloguear. La investigación publicada más completa en *blogs* hasta la fecha se ha publicado en los campos de las tecnologías de la información, las comunicaciones, el periodismo, las humanidades y las ciencias de la información. Es en estas áreas que se destaca una de las características distintivas de los *blogs*: la interactividad entre escritor y lector quien se le atribuye tener la capacidad de influir lo que será escrito posteriormente en el *blog*. La mayoría de los autores de los artículos revisados por Heilferty (2009) usaron de referencia la definición de *blogs* propuesta por Blood (2002), quien los define como sitios web frecuentemente actualizados, ordenados cronológicamente e impulsados por autores con la capacidad de retroalimentación de los lectores. La autora también resalta a los beneficios de la escritura narrativa de *blogs* en su artículo, sin embargo, añade un tono algo más realista al decir que la práctica de escribir bitácoras digitales puede acarrear efectos que pueden ser considerados como

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

negativos como sentimientos heridos por lectores que comentan, o que lo escrito por el autor hiere al lector; aislamiento; percepción sesgada; tiempo lejos de los seres queridos y las relaciones tensas (p. 7). Interesantemente, a diferencia de la investigación anterior, Wynn et al. (2017) en su artículo titulado “Tweets are not always supportive of patients with mental disorders” sostiene que, aunque el internet y las redes sociales ofrecen un gran potencial para empoderar a los pacientes, que pueden obtener información actualizada, apoyo entre pares y tratamiento basado en Internet. Sin embargo, la investigación inicial y la retroalimentación de algunos pacientes han sugerido que no está claro en qué grado las redes sociales, incluyendo Twitter, en general son beneficiosas para los pacientes, por lo tanto, examinaron en qué medida el contenido de los tweets podría ser percibido como negativo o no compatible con varios trastornos.

Otros autores que abordan el asunto del apoyo social y emocional lo son Tsai, Crawford y Strong (2018) en un artículo titulado “Seeking virtual social support through blogging: A content analysis of published blog posts written by people with chronic pain” Estos llevaron a cabo un estudio en el cual parten de la premisa que las personas con dolor crónico a menudo tienen vías limitadas de apoyo social desembocando así inevitablemente en el aislamiento social. Su propuesta consiste en que las plataformas virtuales como los *blogs* pueden proporcionar oportunidades de apoyo social. Éstos realizaron un estudio en el que se analizaron las entradas de *blog* publicadas de personas con dolor crónico para investigar cómo se produce el apoyo social a través de *blogs* para los usuarios del *blog* de dolor crónico y la naturaleza de tales interacciones en línea. Entre las conclusiones y hallazgos, los autores sugieren que los *blogs* pueden ser útiles para buscar, recibir y proporcionar apoyo social a las personas con dolor crónico. Según los

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

autores, esto podría motivar potencialmente a las personas con dolor crónico a buscar apoyo adicional en línea si tienen oportunidades cara a cara limitadas.

La comunidad médica también ha apostado al beneficio del uso de *blog* valorando la escritura autobiográfica y narrativa sobre el proceso de la enfermedad como estrategia de afrontamiento (conocido como “coping strategy” o “coping skill” en la literatura de psicología y la psiquiatría). Además de la utilidad de la escritura, añaden otras ganancias como la visibilidad, un mejor manejo de su enfermedad, el apoyo de otras personas, y la creación de redes sociales lo que podría ayudar a minimizar su aislamiento. Esto también se ve reflejado en hallazgos de literatura asociados a temas como: *blogs* de narrativa de la enfermedad (*narratives of illness*), *blogs* de enfermedades (*illness or disease blogs*), *blogs* de duelo (*grief blogs*), y muchos otros. Parecería que para cada malestar pudiese existir un *blog*, el cual “garantiza” que alguien le vea, le lea, lo comprenda y le apoye, y en el que se puede encontrar ese otro ideal que responde a sus demandas.

Gualtieri y Akhtar (2013) en el artículo “Cancer patient blogs: How patients, clinicians, and researchers learn from rich narratives of illness” consideran que el *blog* es una “manera única de proporcionar una narrativa de muchos aspectos de la enfermedad y el tratamiento, ofreciendo una visión integral de la experiencia de la enfermedad”, además que provee la oportunidad de que los oncólogos, psicólogos y otros profesionales de la salud conozcan sobre el paciente en un contexto fuera del clínico. Sin embargo, los autores señalan que el impacto de los *blogs* de pacientes ha sido modesto hasta ahora porque estos se distribuyen a través de Internet sin un repositorio central de *blogs* de pacientes por lo que las oportunidades de encuentro de estos en las redes son limitadas. Estos concluyen sobre la necesidad de hacer un repositorio de

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

este tipo de *blogs* para que tanto la comunidad de pacientes con cáncer como la de los profesionales de la salud, puedan contar con una herramienta de mejor acceso a la información.

En una línea de análisis con cierto optimismo al uso de la escritura en *blogs*, pero que también rescata un análisis crítico de la representación del cuerpo y su relación con la enfermedad en la escritura de *blogs*, las autoras Coll-Planas y Visa (2016) en un artículo titulado “The wounded blogger: analysis of narratives by women with breast cancer” analizan la representación del cuerpo en siete *blogs* por mujeres españolas con cáncer de mama. Por medio de textos e imágenes, analizaron cómo reproducen la lógica moderna y posmoderna para representar el cuerpo herido. Concluyen que las mujeres ‘bloggers’ reproducen principalmente la lógica moderna: “caracterizada por la narrativa de la restitución y un cuerpo predecible, disociado y monódico”, sin embargo, presentan elementos que rompen con esta lógica: “la narrativa de la búsqueda, el cuerpo presentado como asociado, diádico y lleno de deseo, y la aceptación de la contingencia”. En su conclusión, sugieren que la forma contemporánea de experimentar la enfermedad, la cual acarrea dolores, pérdidas, cambios, puede cuestionar la aparente claridad de la división moderna/ posmoderna del cuerpo en tanto subjetivo.

Los hallazgos de la revisión sugieren que las conceptualizaciones del dolor crónico y la fibromialgia privilegian la perspectiva cognitivo conductual y biopsicosocial, conjunto con las prácticas basadas en la evidencia. De igual manera, se puede constatar que predomina el manejo y la adaptación al dolor como ejes centrales de la oferta de tratamientos. No obstante, nos interrogamos estos abordajes que suelen reducir el dolor crónico femenino y la fibromialgia reducir a un asunto del cuerpo biológico. Desde una perspectiva psicoanalítica consideramos imprescindible tomar en cuenta la historia, la memoria, el deseo y la singularidad del sujeto, así como también interrogar la normalización y la estandarización del dolor en el discurso capitalista

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

y discurso médico. ¿Cómo pensar en dolor crónico femenino a través de las aportaciones de Freud y Lacan? ¿Cómo dar cuenta de la subjetividad de las particularidades de un sujeto que sufre y un cuerpo que duele? En el próximo capítulo expondremos algunas claves teóricas que nos servirán para responder a nuestras preguntas y generar otras en el camino.

Capítulo II

Claves Psicoanalíticas para Acercarse al Campo del Dolor y la Fibromialgia

En este segundo tiempo de la disertación, se llevó a cabo un recorrido a modo de revisión por algunos de los momentos en que Sigmund Freud aborda el tema del dolor corporal en su obra. Se revisaron algunas aportaciones de Jaques Lacan que ayudaron a interrogar y a repensar algunos aspectos del abordaje freudiano. Siendo el dolor corporal crónico femenino el tema de esta investigación, propongo los siguientes ejes temáticos con el propósito de guiar y delimitar este recorrido: el cuerpo, el dolor, la mujer y lo femenino. De los ejes temáticos mencionados, el principal es el dolor corporal, mientras que su análisis por la vía de lo femenino nos permite hacer unas puntualizaciones en torno a las temáticas emergentes del dolor corporal en la mujer. Nasio (2009) advierte que Freud y Lacan abordaron el tema del dolor corporal con poca frecuencia en sus obras, no obstante, las aportaciones de ambos teóricos permiten conceptualizar el dolor a través de la vía del cuerpo, la pulsión y el goce (Nasio, 2007).

Desde momentos tempranos en la obra freudiana, el cuerpo ocupa un lugar fundamental y sus elaboraciones teóricas sobre las nociones del cuerpo cuentan con una drástica transformación a través de toda su obra. Algunas de sus elaboraciones fueron tan contundentes que convocaron una irrupción radical en los entendidos paradigmáticos de su época acerca de cuerpo y la psiquis. Estos cambios, en gran medida, fueron revolucionarios para su época creando las condiciones para la producción de saberes distintos y novedosos. Si bien, el psicoanalista vienés fue influenciado por muchas de las ideas y preconcepciones que iban a tono con su contexto sociohistórico, su obra también tuvo aportaciones trascendentales en el campo de la sexualidad femenina, del sufrimiento y del dolor. Esto, a su vez, posibilitó la formulación de nuevas preguntas sobre temas relacionados a lo femenino y a la mujer. Estas aportaciones fueron

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

medulares en las relecturas y revisiones por parte de Jaques Lacan, por lo que también presento algunas de sus aportaciones, lo que ayudó a pensar el dolor corporal desde la vía de lo femenino.

Se trabajaron algunos aspectos medulares acerca del cuerpo para luego integrarlos a la conceptualización teórica del dolor, pues si bien hay diversas maneras de manifestación del dolor, el que aquí nos concierne es aquel dolor que ocupa al cuerpo, es decir, el dolor corporal. Para ello, se analizan algunos extractos de textos de Freud que demuestran algunas de sus transformaciones teóricas y clínicas, las cuales inicialmente parten de una conceptualización neurofisiológica del dolor corporal, para girar prontamente hacia el cuestionamiento y las economías de su dimensión subjetiva. Más adelante, presento algunas aportaciones de Lacan tomando en cuenta algunos de sus giros teóricos sobre el cuerpo y la subjetividad femenina. Las aportaciones de ambos permiten hacer un abordaje del dolor corporal femenino por la vía del cuerpo, la pulsión, el goce sirviendo estos como coordenadas conceptuales para ir tejiendo el hilo conductor del tema principal de este trabajo. Durante este recorrido también se integraron algunos breves extractos y viñetas de casos clínicos de sus obras, y se presenta el caso de Elisabeth von R. para dar cuenta de un cuadro clínico donde el dolor corporal era un síntoma medular.

También, se consideraron algunos autores contemporáneos que han interrogado la subjetividad femenina como Colette Soler, y que posibilitan pensar temáticas subyacentes a la experiencia del dolor corporal crónico en el campo de lo femenino y la feminidad. El psicoanálisis cuestiona las condiciones de emergencia del sujeto en y por la cultura, y perfila también algunas pistas sobre las particularidades del sujeto femenino, remitiendo a las primeras experiencias con esos otros que proveyeron los primeros cuidados y a momentos cruciales del

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

despliegue del deseo y de la pulsión. Por lo que se hace esencial considerar ese lazo inicial, ya que a partir de este es que se construye la subjetividad y se estructura el psiquismo.

Parte de este trabajo fue indagar si el dolor crónico corporal en el sujeto femenino se trata exclusivamente de un síntoma conversivo o si se pueden considerar otros aspectos y mirar más allá de la histeria. En palabras de Carmen Gallano (2006), se hace esencial distinguir entre posición femenina e histeria. Esto, en parte, se debe a que la mujer y lo concerniente a lo femenino ha heredado un legado histérico equiparando la histeria con lo femenino. Se hace fundamental para el trabajo clínico discernir cautelosamente entre lo que se jugaría en ese ‘ser mujer en la histeria, es decir marcar las diferencias entre histeria y mujer.

A modo de síntesis, para pensar el cuerpo, el dolor y lo femenino desde el psicoanálisis este trabajo se orienta desde las siguientes preguntas: ¿cuáles son algunas de las particularidades de la noción de cuerpo, dolor y lo femenino en el psicoanálisis desde las propuestas teóricas de Freud y de Lacan? ¿qué efectos genera para el trabajo clínico un enfoque que considera el dolor corporal más allá de lo orgánico-anatómico? En el caso de las aportaciones de Lacan, pensar la clínica psicoanalítica desde la noción de cuerpo requiere que se tome en cuenta que el sujeto es un ser hablante, quien es atravesado por su historia con y por el Otro² y por sus significantes. Por lo tanto, se puede afirmar que somos lenguaje, pues este preexiste al sujeto (Lacan, 1957), es decir, nos determina, nos produce tal y como somos. Entonces, lenguaje y cuerpo están íntimamente asociados, no puede concebirse el uno sin el otro. Una lectura del cuerpo desde el psicoanálisis, lo considera como algo a construir, algo que no está dado, sino que deviene en el

² En este trabajo se empleará el concepto “Otro” desarrollado por Lacan para referirnos a varios aspectos: al inconsciente, al lenguaje, al tesoro de significantes, al registro simbólico, al deseo como deseo del Otro, en forma de discurso.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

sujeto atravesado por un orden simbólico que lo preexiste. En Lacan, dicha dimensión simbólica es entendida como registro, el cual se anuda con otros dos, lo imaginario y lo real.

A. Algunas Precisiones Teóricas para Pensar el Cuerpo y el Dolor en la Obra Freudiana y Lacaniana

1. Claves Teóricas para Pensar el Cuerpo en la Obra Freudiana

Desde principios de su obra, Freud se interrogó acerca de los orígenes de la vida psíquica, y la constitución del cuerpo marcado por la sexualidad. Paulatinamente, fue proponiendo una noción del cuerpo que se alejaba de algunos de los binarismos tradicionales de su época. Para cubrir la noción de cuerpo en Freud, tomaremos en cuenta tres de las vías por las cuales este aborda el cuerpo: histeria, síntoma, y pulsión, para luego abordar el cuerpo desde la propuesta de Lacan: el cuerpo por la vía del goce y los tres registros: lo real, lo simbólico y lo imaginario. ¿Por qué es importante recorrer estas vías para trabajar la dimensión subjetiva del dolor corporal? En primer lugar, porque para comprender teórica y clínicamente el dolor corporal, es indispensable tomar en consideración elaboraciones teóricas medulares de la obra freudiana y lacaniana acerca del cuerpo. Y, en segundo lugar, porque atravesar estas vías de abordaje nos sirve para profundizar conceptualmente las preguntas de investigación que guían este trabajo y analizar la relación dinámica entre el dolor, el cuerpo, y el psiquismo.

Algunos momentos de la obra freudiana, en donde se abordan el cuerpo y el dolor corporal, dan cuenta de cómo se fueron transformando otras nociones, términos y premisas teóricas que están ligadas a la dimensión subjetiva del cuerpo, entre estos se encuentran: la sexualidad, la pulsión, la erogeneidad, la vivencia de satisfacción y la vivencia de dolor entre otros. En sus comienzos, por ejemplo, en “Proyecto de una psicología para neurólogos” (1895/1950) y en “Estudios sobre la Histeria” (1893-1895), se lee a un Freud neurólogo y

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

prepsicoanalítico, en donde emplea frases como ‘dolor físico’ y ‘estados del cuerpo’. Luego, a medida que va escuchando a sus pacientes en el caso por caso, va formulándose otras preguntas y construyendo otras hipótesis acerca de otras posibles causas de estos síntomas. De esas primeras elaboraciones surge la teoría del trauma y la teoría de la seducción, para luego replantear lo propuesto en estas y formular la teoría del fantasma y los modos en que se acomodan y articulan la sexualidad y la pulsión.

A continuación, presento algunos momentos de estas transformaciones teóricas en torno a la dimensión subjetiva del dolor corporal en la obra de Freud. Luego, expongo algunos conceptos de la obra de Jaques Lacan como el cuerpo, el goce y el significante, lo que posibilitará formular otras interrogantes teóricas y clínicas, pero, esta vez, acerca de la dimensión subjetiva del dolor corporal. Esto permitirá hacer algunas puntualizaciones acerca del dolor crónico en el cuerpo y la subjetividad femenina, de cara al análisis de discurso en el capítulo tres. Antes de adentrarnos en el análisis del dolor corporal, se elaborarán algunas puntualizaciones breves acerca del entramado subjetivo del cuerpo y sus efectos.

a. Constitución Subjetiva del Cuerpo según el Psicoanálisis Freudiano. A través de los trabajos teóricos de Freud y Lacan se producen cambios importantes en la noción de cuerpo, creando un quiebre epistemológico en aspectos fundamentales del saber científico de sus respectivas épocas. Sus planteamientos acerca del cuerpo cuestionaban la concepción dualista psique-soma o mente-cuerpo, perfilando un entrelazamiento del cuerpo y el psiquismo que permitía interrogar con otros referentes los fenómenos corporales que la clínica les presentaba. Para poder comprender como emerge tal modo de relacionarse, propongo elaborar algunas puntualizaciones acerca de la constitución subjetiva del cuerpo, es decir, cómo un cuerpo se humaniza y deviene sujeto.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La historia de la relación del sujeto con su cuerpo se remonta en gran medida a su nacimiento. Al nacer, el cuerpo entendido como organismo es un sistema biológico y se podría decir que, en ese momento del nacimiento, aún no hay un sujeto. El recién nacido apenas está haciendo su entrada al mundo del lenguaje y la cultura. Esto es posible por medio de sus padres y/o cuidadores primarios. Cabe aclarar que, al decir que ese infante está haciendo su entrada al mundo, se está considerando también que previo a su nacimiento ya había unas expectativas particulares hacía este. Estas expectativas propician un lugar singular para el devenir subjetivo en un determinado orden simbólico conformado por la cultura y el lenguaje. El acto de nacer marca un comienzo, pues implica un cambio trascendental en la existencia no solo para ese que nace, sino para aquellos que le rodean. Durante esos inicios, el cuerpo registra sus memorias, a través de inscripciones que permanecen como huellas, y a pesar de no ser recordadas, no dejan tener efectos en los sujetos a través de toda su vida.

Estas memorias primarias marcan significativamente la relación del sujeto con su cuerpo y representan un enigma desde sus orígenes, justamente porque no se tiene acceso a ellas. Este cuerpo se convierte en íntimo y propio, pero a la vez extraño y atravesado por el Otro. Un cuerpo del que no se sabe todo, pero algo se sabe. Ante esto, me surgen interrogantes como ¿cuán profundas podrían ser las marcas dejadas por el Otro en los inicios de la vida? ¿Qué efectos son los que perduran? ¿En qué modos permanecen y se manifiestan en el sujeto? ¿El dolor corporal es una de estas manifestaciones o cómo se vincularía con el toque del Otro? Este enigma es trabajado por Freud a través de la amnesia infantil en los “Tres ensayos de teoría sexual” con la cual se refiere a la ausencia de recuerdos en los sujetos acerca de su primera infancia. En palabras de Freud (1905):

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La peculiar amnesia (...) en la mayoría de los seres humanos (¡no en todos!) cubre los primeros años de su infancia, hasta el sexto o el octavo año de su vida (...) En mi opinión, pues, la amnesia infantil, (...) convierte la infancia de cada individuo en un tiempo anterior, por así decir prehistórico, y le oculta los comienzos de su propia vida (p. 158).

De modo que el cuerpo en sus orígenes es muy distinto al que experimentará posteriormente en su vida. Para poder comprender lo anteriormente planteado, hay que tomar en cuenta que la diferencia entre el yo y el cuerpo, y de cómo estos no se encuentran unidos de manera natural desde sus inicios. Para conceptualizar esta relación desnaturalizada de ambas instancias, expondré un fragmento de Freud de “Introducción del narcisismo” (1914):

Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya (p. 74).

El sujeto parece que tiene la certeza de haber existido, pero no recuerda todo lo acontecido durante esos primeros años de vida. En otras palabras, cuando se nace no cuenta aún con un yo consciente unificado o con una subjetividad, o en el decir de Freud (1905): al nacer no se tiene una consciencia total y absoluta del propio ser (p. 7). Se podría plantear, entonces, que el yo es potencialmente un sujeto, el cual al momento de nacer no está constituido subjetivamente, por lo que tendrá que emprender un camino hacia la subjetividad.

b. Huellas Mnémicas e Inscripciones en el Cuerpo: Hacia un Camino de la Dimensión Subjetiva del Cuerpo. Durante el periodo de la infancia, los modos vitales de descarga como el

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

llanto y el grito, ante el hambre o el dolor, parecen no ser suficientes para resolver el malestar, ya que se requiere de una figura adulta, para proveer los cuidados necesarios y para crear las condiciones de una posible satisfacción que “resuelva” a esa intensidad interna. Dicha intensidad no es calmada del todo, pues siempre la tensión regresará representada en diversas formas. Freud (1895) dice al respecto:

Un afán de descarga, un esfuerzo {Drang} (...) se aligera hacia un camino motor. De acuerdo con la experiencia, la vía que a raíz de ello primero se recorre es la que lleva a la alteración interior (expresión de las emociones, berreo, inervación vascular) (...) ninguna de estas descargas tiene como resultado un aligeramiento, pues la recepción de estímulo continúa y se restablece la tensión (p. 362).

La cita anterior proviene del texto “Proyecto de una psicología para neurólogos” (1895), del cual Soler (1993) comenta:

En este texto Freud afirma que el psiquismo está regido por el principio del placer, al que agrega algo que hace que el placer cambie totalmente de sentido. Se trata de las huellas mnémicas, a las que Freud describe como trazos en el aparato psíquico, y a las que Lacan sitúa como el intento freudiano de dar cuenta de la estructura significativa (Soler, 1993, p. 5).

Esto que plantea Freud es primordial porque esas vivencias de descarga de tensión tienen la potencia de inscribir una marca, una huella imborrable, lo que él también llamó huella mnémica, la cual él destaca como un principal elemento del psiquismo. Esa huella mnémica siempre viene acompañada de lo que hace Otro con ese cuerpo cargado de intensidad e indefenso en los primeros años de vida. Esta queda inscrita en la memoria, las representaciones conscientes

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

e inconscientes, y es por tal razón que, para él, el origen de lo psíquico tiene lugar en el cuerpo (y no solo en una parte del cuerpo, por ejemplo, no solo en el sistema neurológico). Para Soler (1993), la primera satisfacción deja una multiplicidad huellas inscritas, y “más tarde la satisfacción sólo será obtenida a partir de estas huellas” (p. 6). De modo tal que, partiendo de una experiencia inicial, las satisfacciones posteriores estarían en pérdida en relación con una supuesta satisfacción primaria y total. La autora también indica que, desde esta formulación freudiana, eventualmente Lacan podrá formular la construcción teórica del goce apuntando que este nunca es completo. Al respecto, Gallano (2000) dice que son los cuidados de la figura materna los que marcarán el cuerpo del niño como marcas pulsionales a la vez que va dejando una marca pulsional en el goce del cuerpo del niño.

2. Aportaciones de Charcot en los Estudios de la Histeria y sus efectos en la noción del cuerpo

¿Cómo llegó Freud a formular estas elaboraciones acerca de la constitución subjetiva del cuerpo? Para responder esa pregunta, es necesario tomar en cuenta el periodo previo al desarrollo de la teoría psicoanalítica, los estudios iniciales de la histeria, particularmente del neurólogo francés J.M. Charcot. Si bien fue Freud quien posibilitó el surgimiento del psicoanálisis, los aportes de Charcot le sirvieron como fundamentos para hacer una diferenciación particular en la conceptualización de la histeria que proponía el médico francés. Charcot conceptualizaba la histeria desde la perspectiva biológica, cónsono con el contexto de la psiquiatría francesa y al enfoque experimental de esa época. Entre sus objetivos principales estuvo encontrar la base orgánica de la histeria, lo que nunca le fue posible, y justamente esa fue una de sus contribuciones: la imposibilidad de dar cuenta de una etiología orgánica de la histeria. Éste se enfrenta a los síntomas fisiológicos, pero sin evidencia en lo orgánico, y ello hacía tambalear las

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

bases de lo conocido por la medicina hasta ese momento. Esto resulta en un punto de quiebre en la noción de cuerpo sostenida hasta entonces, y es ahí que Freud propone la posibilidad de atisbar un cuerpo influenciado por la dimensión psíquica. Charcot no estuvo de acuerdo con estas ideas porque sostenía su explicación desde su concepción biológica del cuerpo, en la cual la etiología de la histeria era la herencia: “la histeria es una forma de la degeneración, un miembro de la famille névropathique” (Freud, 1893, p. 22).

Lo que representaba un problema de investigación para Charcot sirvió de base para que otros pensadores de la época formularan nuevas interrogantes acerca del origen de algunas enfermedades. Entre éstos se encuentran: Pierre Janet, Eugene Bleuler y Sigmund Freud, quienes, siendo alumnos de Charcot en el Hospital de la Salpêtrière, fueron cuestionando las nociones del cuerpo que predominaban en la época. En el caso de Freud, inicialmente propuso que la causa de esta enfermedad era la represión sexual. Para su época, esta propuesta representó un viraje trascendental, particularmente al momento de pensar la mujer y el cuerpo femenino.

En épocas anteriores, como en la Edad Media, la histeria era considerada un gran misterio que giraba en torno al cuerpo femenino. Al respecto, Freud señaló que en términos históricos “el nombre de histeria proviene de los primeros tiempos de la medicina y expresa el prejuicio, sólo superado en nuestra época, de que esta neurosis va unida a unas afecciones del aparato genésico femenino” (Freud, 1888, p. 45). Lo que, hasta entonces, se conocía como uno de los más grandes enigmas del cuerpo de la medicina en la época moderna; fue en parte la causa de que en siglos anteriores mujeres fueran exorcizadas o quemadas en la hoguera, porque supuestamente estaban poseídas por demonios. La situación para las mujeres histéricas no necesariamente había mejorado en el siglo XIX y XX, a pesar de los avances científicos. Si bien estos avances

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

preservaron la vida de muchas mujeres, por otro lado, aun se les consideraba simuladoras y exageradas, como explica Freud (1886/1976):

En nuestra época, una histérica podía estar casi tan segura de que la considerarían una simuladora, como lo estaría en siglos anteriores de ser condenada por bruja o posesa. Y, en otro sentido, se había producido casi un retroceso en el conocimiento de la histeria (p.11).

En este periodo prepsicoanalítico, Freud define conceptualmente la histeria desde la influencia de Jean M. Charcot, diferenciándola así de la neurastenia y otros cuadros clínicos. Charcot establecía que ‘histeria’ era un cuadro patológico, del cual se podía discernir con la mayor claridad en los casos extremos de la llamada ‘grande hystérie’ (o histero-epilepsia) (Freud, 1885, p. 46). Al Freud describir la sintomatología de la “gran histeria” aclara que, “no es carente de ley”, a pesar de su gran variedad de síntomas entre los que incluye: “ataques convulsivos, zonas histerógenas³, perturbaciones de la sensibilidad, perturbaciones de la actividad sensorial, parálisis, y contracturas” (Freud, 1885, p. 46). En el escrito “Informes sobre mis estudios en Paris y Berlín ” (1886) Freud expone lo siguiente acerca de clínica de la histeria dirigida por Charcot:

³ Freud define zonas histerógenas: Estrecha relación con los ataques mantiene las llamadas «zonas histerógenas», lugares hipersensibles del cuerpo cuya estimulación leve desencadena un ataque, el aura del cual suele iniciarse con una sensación proveniente de ese lugar. Estos lugares pueden tener su sede en la piel, en las partes profundas, huesos, mucosas, y hasta en los órganos de los sentidos; son más frecuentes en el tronco que en las extremidades y muestran ciertas predilecciones: por ejemplo, un lugar de la pared abdominal corres- (p. 47) ...pendiente a los ovarios en mujeres (y aun en hombres), la coronilla, la región situada bajo el pecho, y en los hombres los testículos y el cordón espermático. A menudo la presión ejercida sobre estos lugares no desencadena la convulsión, sino las sensaciones de aura. Desde algunas de estas zonas histerógenas se puede ejercer también un influjo inhibitor sobre el ataque convulsivo. Por ejemplo, con una presión fuerte en la zona de los ovarios algunas enfermas despiertan del ataque histérico o del dormir histérico. En el caso de estos enfermos se puede prevenir un ataque en cerner si se les hace llevar un cinturón a modo de braguero cuya almohadilla oprima la región de los ovarios. Las zonas histerógenas son ora numerosas, ora escasas, unilaterales o bilaterales (p. 48).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Por ahora, “histeria” es apenas un rótulo de significado relativamente circunscrito; el estado clínico a que se lo aplica se singulariza en términos científicos sólo por unos rasgos negativos, poco estudiados, y estudiados a disgusto, sobre los que por añadidura pesan unos muy difundidos prejuicios (p. 11).

En síntesis, la formación académica y clínica de Freud en La Salpêtrière, institución que alojaba personas con diversos padecimientos mentales, y en su mayoría mujeres, fue el espacio en donde Freud terminaría su formación para dar comienzo su camino en el psicoanálisis. Es aquí donde vemos en la escritura de Freud un pasaje que va desde las detalladas descripciones de la histeria realizadas por Charcot, como, por ejemplo, cuando habla de los “estados del cuerpo” (Freud, 1893, p. 41), a unas más de corte psicoanalítico: “aporía convertida en síntoma” (Freud, 1893, p. 95). Entonces, a través del desarrollo inicial del psicoanálisis, se desprende no solo una nueva forma de pensar la histeria, sino también una nueva manera de posicionarse ante la enfermedad psíquica con repercusiones corporales, y por lo tanto de concebir al cuerpo más allá de lo orgánico.

3. El Cuerpo por la Vía de la Histeria

En la exposición anterior, se presentaron algunos momentos claves del periodo prepsicoanalítico, durante el cual las producciones hechas por Freud presentaban aun una noción del cuerpo orgánico y biológico. Por ejemplo, esto se puede apreciar en sus trabajos: “Histeria” (1895) y “Estudios sobre la Histeria” (1895), en donde Freud habla de un cuerpo ofrece respuestas a posibles irregularidades en el sistema nervioso. En “Estudios de la Histeria” (1895) delimita, a modo de resumen, tres puntos principales:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- La histeria es considerada una anomalía del sistema nervioso que se basa en un excedente de estímulos en un órgano anímico y que se distribuye a través del cuerpo por medio de excitaciones.
- Los síntomas demuestran que dicho excedente de estímulos se distribuye a través de representaciones conscientes o inconscientes.
- Las intervenciones utilizadas para el tratamiento y, eventual cura, de estas excitaciones del sistema nervioso son tanto de naturaleza física, como psíquica.

Strachey (1992) en una nota introductoria de la “Histeria” (1895/1992) acerca de este lenguaje médico dice “en general, aquí Freud sigue todavía muy de cerca las doctrinas de Charcot sobre la histeria, si bien, aparte de la referencia a Breuer, hay dos o tres pasajes, especialmente hacia el final, que son un claro indicio de una actitud más independiente” (p. 5). Esto que expone Strachey se aprecia en “Estudios sobre la Histeria” (1895/1992) cuando se puede ir atisbando un Freud que escucha al cuerpo desde otro lugar, dándose cuenta de que las mujeres enfermas a quienes escucha no son conscientes del recuerdo traumático provocador de la enfermedad.

Ese nuevo modo de escuchar se fue transformando en otros modos de atención al cuerpo, pero sobre todo a la palabra, lo cual sirvió como punto de anclaje para el resto de su trabajo teórico-clínico. No obstante, fue el lenguaje del cuerpo lo que abrió un cauce a la palabra, a través de las quejas, las dolencias, los síntomas. En el escrito del caso de Elisabeth von R., se destaca lo siguiente, en el decir de Freud: “ocurrió algo sorprendente: las piernas de la paciente adquirieron un papel hablante por sí misma” (Freud, 1895, p. 82). Este caso representaba un cuadro sintomatológico de conversión histérica.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Inicialmente, una conversión histérica se presenta como una respuesta inconsciente del sujeto para transformar un padecimiento psíquico a un padecer somático. Este se manifestará en el cuerpo como erupciones en la piel, afonías súbitas, parálisis, dolores localizados o generalizados, asma, tos, llantos, angustias, inhibiciones o alteraciones sexuales (Freud, 1895). Las posibles causas a estos padecimientos podían estar entre un evento externo o interno el cual desencadena un dolor psíquico, que deriva hacia un cuadro sintomático inexplicable y enigmático, con gran dificultad para ser tratado y/o aliviado. Se podría tratar, incluso, de una nimiedad o un cambio leve en el entorno del sujeto, y sin embargo detona un estallido afectivo al reactivar las huellas mnémicas de contenido traumático dejando al yo sin defensas. Esta idea del contenido traumático tenía relación con la teoría del trauma que Freud sostuvo hasta el 1897, y de la cual más adelante abundaré brevemente.

La histeria fue explicada por medio de varias etiologías. En primera instancia Freud pensaba que la histeria tenía un origen traumático. Este abordaje de la teoría del trauma, aunque abandonado por Freud eventualmente (Freud, 1897), le sirvió de base para formularse preguntas considerando que las respuestas corporales de sus pacientes se originaban a causa de eventos relacionados a periodos iniciales de la vida del sujeto. Posteriormente, introduce un giro trascendental alejándose así de esta propuesta traumática de la etiología de las neurosis, moviéndose hacia una propuesta sexual y pulsional.

Según la *Real Academia Española*, ‘conversión’ significa “acción y efecto de convertir o convertirse”, y ‘convertir’ proviene del latín “convertĕre”, y se define como “hacer que alguien o algo se transforme en algo distinto de lo que era.” No obstante, el mismo diccionario ofrece una definición desde la filosofía: “Dicho de una palabra o de una proposición: Sustituirse por otra de igual significación.” Tomo como pie forzado esta definición filosófica para decir que la

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

conversión histérica se pudiese también ver como una sustitución de un afecto insoportable que se muda al cuerpo, pero también al lenguaje. Se trata entonces de un afecto que se coloca en otro lugar, en este caso el cuerpo, el cual es atravesado por el lenguaje. De modo que, en la conversión histérica los afectos y el cuerpo comparten un significado, pues se trata de un acontecimiento corporal que está anudado a la historia subjetiva, al lenguaje, al deseo y a la cultura. Por lo que no se trata de acontecimientos aislados y exclusivos de un cuerpo biológico.

Esta distinción entre lo orgánico y lo corporal, se comienza a apreciar desde su escrito “Estudio Comparativo de las Parálisis Orgánicas e Histéricas” donde Freud ya va estableciendo una diferencia entre lo psíquico y lo biológico. Propone, en principio una teoría de la histeria por medio de cuestionamientos dirigidos al origen biológico de algunos síntomas. No obstante, la clínica le iba mostrando casos en los que había síntomas que se oponían a las leyes biológicas, y sin embargo no eran carentes de ley como dijo posteriormente:

Se ha atribuido con gran frecuencia a la histeria la facultad de simular las afecciones nerviosas orgánicas más diversas. Se trata de saber si de un modo más preciso simula los caracteres de las dos clases de parálisis orgánicas; esto es, si hay parálisis histéricas de proyección y parálisis histéricas de representación, como en la sintomatología orgánica (Freud, 1895).

Esto implicaría una hipótesis no biológica de la histeria dando cuenta del efecto del lenguaje sobre el cuerpo. Se trata entonces de un cuerpo representado y afectado, que convoca a indagar sobre el origen del padecimiento y a formularse interrogantes teóricas acerca de las fuentes de los malestares. Freud descubre el funcionamiento de lo inconsciente en la palabra de la histérica; palabra que posibilitó un decir sobre un padecimiento anudado en el cuerpo en forma de síntoma alojándose en un lugar particular. Por ejemplo, en cuanto a las parálisis histéricas

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

resalta dos premisas: “En primer lugar, son capaces de la máxima intensidad, y, en segundo lugar, del más neto aislamiento» (en Freud, 1892-94, p. 174). Acerca de lo inconsciente

Laplanche y Pontalis (1967) dicen que:

Sus contenidos son representantes de las pulsiones; Estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento; - Fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retornar a la conciencia y a la acción (retorno de lo reprimido) pero sólo pueden encontrar acceso al sistema consciente en una formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura; Son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente (p. 617).

Uno de los síntomas histéricos más comunes eran los dolores corporales. Por tal razón, presento el siguiente apartado para indagar la incidencia sobre el síntoma histérico y el dolor corporal como uno de estos, llamado por Freud: dolor histérico.

a. El Cuerpo por la Vía del Síntoma Histérico. La conceptualización del síntoma se podría dividir en dos tiempos en la obra freudiana. El primer tiempo de esta conceptualización se puede ubicar desde los periodos prepsicoanalíticos (1892-1895) hasta el 1920, año que pudiese marcar un segundo tiempo con la obra *Mas allá del principio del placer*. Ambos momentos también demarcan cambios en las propuestas tópicas del aparato psíquico: la primera tópica implicaba la articulación de tres instancias: Consciente (Cc), Pre-consciente (Prcc) e Inconsciente (Icc), y la segunda tópica implicaría tres instancias adicionales: El Yo, el Ello y el Superyó. Durante el primer tiempo, los síntomas eran explicados a través de la teoría del trauma cuya etiología serían eventos traumáticos de índole sexual en un periodo de la infancia en donde lo inconsciente, lo reprimido y sus representaciones juegan un papel fundamental. Aquí los

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

síntomas entrarían en la serie de las formaciones del inconsciente que Freud propuso, en tanto fuerza del retorno de lo reprimido.

Freud (1926) sostiene que toda formación de síntoma se produce para escapar al peligro que advierte una señal del surgimiento de la angustia, por lo tanto, los síntomas transforman la energía que de otro modo se manifestara como angustia:

Los síntomas son creados para evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de angustia (...) en los casos considerados hasta ahora ese peligro era el de la castración o algo derivado de ella (p. 122).

En base a lo establecido por Freud, el síntoma emergería como una formación de compromiso entre los sistemas del aparato psíquico. Para el sistema inconsciente, representa una realización del deseo, mientras que para el preconscious representa una forma disfrazada del deseo reprimido que le protege de una irrupción abrupta de angustia. Los planteamientos que Freud formula con relación al aparato psíquico dan cuenta del lugar primordial que ocupa el inconsciente para pensar acerca de lo que ocurre en la vida psíquica y en el padecer del sujeto en la formación de síntomas (Collazo, 2015).

Otro aspecto fundamental en torno a la formación de síntomas es en relación con lo que Freud llamó el beneficio del síntoma refiriéndose a toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene del síntoma, y lo divide en beneficio primario y secundario. El primario lo vincula con aquello que el síntoma logra aparentemente satisfacer. De esta forma el padecer dicho síntoma evitaría confrontarse con el conflicto. El beneficio secundario se refiere a cuando el síntoma genera cambios en el entorno del sujeto. Podríamos decir que el sujeto se satisface por el padecimiento, ya que gracias a él obtiene ciertos beneficios en su medio circundante ya sea

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

laboralmente, afectivamente, socialmente, entre otros (Freud, 1905/2008). No obstante, esos “beneficios” suelen venir acompañados de sufrimiento y dolor. Esta dimensión económica del síntoma plantea algo esencial para el trabajo clínico: esa formación del inconsciente, formación de compromiso, si bien convida a su desciframiento por el saber que se juega en sus despliegues, también convida a la consideración de la satisfacción que implica y que se refleja en el sorprendente y paradójico aferramiento que los pacientes pueden tener a aquello que les perturba y molesta.

Realizando una lectura rigurosa del trabajo teórico de Freud, Jacques Lacan avanzará aún más en las propuestas que el psicoanálisis hace para pensar el cuerpo y sus registros, así como las economías paradójicas del psiquismo, con su propuesta del concepto de goce. En el próximo apartado expondremos algunos de sus giros teóricos en torno al cuerpo los cuales nos darán algunas pistas medulares para pensar el dolor crónico femenino.

4. Algunas Consideraciones Teóricas para Pensar el Cuerpo en la Obra de Lacan

La lectura freudiana de Lacan acerca del cuerpo nos presenta sus consideraciones teóricas las cuales nos darán algunas claves para pensar el dolor crónico. A lo largo de sus enseñanzas, Lacan establece una diferencia entre organismo y cuerpo. Esta distinción se basa en su lectura freudiana interrogando algunas nociones del psicoanalista vienés para llevar a cabo importantes virajes conceptuales. Entre estos giros se encuentra la premisa de que el sujeto no nace con un cuerpo, sino que tiene un cuerpo, que va construyendo en un anudamiento de tres registros: imaginario, simbólico y real. Soler (1993), siguiendo a Lacan, dice que el cuerpo es una realidad:

Decir que el cuerpo es una realidad, implica decir que el cuerpo no es primario, que no se nace con un cuerpo. Dicho en otra forma, el cuerpo es de la realidad, pero en el sentido de que la

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye, es secundario (p. 1).

Acerca de esta construcción del cuerpo, y cuando elaboremos aspectos medulares de los tres registros propuestos por Lacan, podremos conceptualizar más a fondo el tema central de este trabajo, que es el dolor corporal. Por el momento, nos acercaremos al cuerpo por la vía de los tres registros: real, simbólico e imaginario. Según Lacan, en Evans (1996), el registro imaginario se elaboró en torno al estadio del espejo, siendo esta una de las mayores aportaciones de Lacan a la teoría psicoanalítica en relación con el cuerpo. El registro de lo simbólico se va anudando el asentamiento del Otro en el sujeto por medio del lenguaje y la cultura; y el registro de lo real, cuya dimensión tiene a su vez connotaciones de sustancia material, y los cuales se relacionan con la biología y el cuerpo en su aspecto físico puro (Evans, 1996).

Veamos, entonces, cómo es que ese cuerpo se construye desde la propuesta de los tres registros de Lacan: real, simbólico e imaginario.

a. Registro Imaginario. Las primeras enseñanzas de Lacan (1949/2009) proponen una dimensión imaginaria del cuerpo. La dimensión imaginaria es la que dará la forma y la consistencia del cuerpo a partir de la unidad de la imagen especular que origina el sentimiento de unidad corporal. Esta imagen corporal total funcionará como una matriz, encarnando una fuerza vital que en el futuro será el sujeto. El cuerpo imaginario entonces, consistirá en un cuerpo alienado a una imagen especular de completud que cautiva al sujeto, presentándose así sin fallas y sin faltas. Este registro radica en la relación del sujeto con su propio cuerpo a través de la imagen de su cuerpo (Evans, 1996).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

El estadio del espejo fue definido por Lacan en el año 1936 en el “XIV Congreso Psicoanalítico” y posteriormente continuó siendo desarrollado. Lacan lo define como una fase, un paso más en el devenir humano que sucede durante los primeros tiempos de vida, pero más tarde atribuye otra significación a este descubrimiento. Se trata de un momento clave en la constitución psíquica que tiene un rol esencial en la formación, el desarrollo y la comprensión de la imagen del propio cuerpo y la constitución del yo. La importancia de este estadio consiste en el hecho de que el sujeto obtiene por primera vez una imagen de sí, en un periodo de edad donde la coordinación de los movimientos del cuerpo está muy poco desarrollada y la fragmentación domina. El yo todavía no se configura y el bebé todavía consta de una imagen de un cuerpo fragmentado, pero la imagen del espejo le da constancia y forma (p. 63). El estadio del espejo implicaría el pasaje entre el narcisismo primario y la formación del Yo en la teoría freudiana. Pero esa experiencia no es solo de talante imaginario, pues, como Lacan postula, la escena del espejo se juega con el soporte del Otro: el adulto que sujeta al niño y le enseña su propia imagen es el gran Otro, quien introduce este orden de mediación entre el yo y el otro.

Según Evans (1996) lo imaginario figura como un reinado de imagen e imaginación, que engaña por medio de un señuelo. El autor explica que las principales ilusiones del imaginario son las de totalidad, síntesis, autonomía, dualidad y, sobre todo, similitud. Estas ilusiones también tendrán efectos en como los sujetos asumen su cuerpo. Lo imaginario, estaría sobre todo en el orden de las apariencias que son fenómenos engañosos y observables que encubren la estructura y empujan a sostener los ideales.

Tomando en cuenta lo propuesto por Lacan, se pudiese decir que el estadio del espejo le permite al sujeto hacerse de una construcción ficcional del cuerpo, creando la ilusión de un yo, asumiéndose, así como cuerpo imaginario que se representa con una falacia de completud. Otro

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

aspecto para considerar es que durante el estadio del espejo sobreviene una identificación y esto ocurre cuando el sujeto asume la imagen del otro como propia. Ahora bien, esto ocurre si queda algo velado por la mirada, es decir, el cuerpo que estaba fragmentado debe unificarse a través de una imagen que cumpla una función ortopédica, establecida a través de una mirada en otro que permite en el sujeto decirse *ese soy yo* (Castelluccio, 2013).

Lacan habla de las relaciones en el espacio imaginario, que implican una estructuración simbólica de ese espacio. La identificación que, mencionados en el párrafo anterior, es inherente a esa estructuración simbólica. Veamos, entonces, de que se trata el registro simbólico y que implicaciones tiene para el cuerpo.

b. Registro de lo Simbólico. Lacan introduce el término "simbólico" que aparece en los primeros escritos psicoanalíticos de Lacan solo en función de describir fenómenos. El término va adquiriendo connotaciones antropológicas y culturales, como cuando Lacan destaca el trabajo de Marcel Mauss por haber demostrado que "las estructuras de la sociedad son simbólicas" (Lacan, 1967, en Evans, 1996).

Al hablar de "la función simbólica", Lacan deja claro que su concepto del orden simbólico debe mucho al trabajo antropológico de Claude Lévi-Strauss. Es a partir de "Función y Campo de la Palabra y el Lenguaje en Psicoanálisis" (Lacan, 1953/2008) que Lacan demarca ese papel central de lo simbólico en la estructuración del psiquismo, considerando que es el significante el que introduce el discurso en el organismo, y resalta entonces la gran relevancia de la palabra sobre el cuerpo y sostiene "las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto" (p. 289).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

El sujeto como organismo vivo carece de la capacidad para representarse a sí mismo, es por ello que precisa de otro para hacer posible tal representación. La relación entre el registro simbólico y el imaginario permite el surgimiento de una identificación con el semejante durante el estadio del espejo que impacta también el modo en que se entramarán el cuerpo como imagen y el cuerpo en su vertiente simbólica que resulta de la introducción de los significantes del Otro y su efecto de mortificación. El cuerpo entonces se constituirá en relación con el Otro del significante que marcará para este sujeto un nombre, ideales, demandas y la pérdida irremediable del saber biológico que orienta a otros seres vivos en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades. Los significantes provenientes del Otro y de su enigmático deseo incidirán sobre este cuerpo: horarios, voces, miradas, toques que irán plasmando huellas imborrables que tendrán un lugar crucial en las economías afectivas y de goce del sujeto.

Evans (1996) explica que lo simbólico es también el reino de la alteridad radical a la que Lacan se refiere como el Otro. A este orden simbólico, también pertenece el inconsciente en tanto discurso del Otro. La diferencia fundamental es que mientras lo imaginario se caracteriza por relaciones duales, lo simbólico se caracteriza por estructuras triádicas, porque la relación intersubjetiva siempre está "mediada" por un tercer término, el gran Otro (Evans, 1996). El cuerpo simbólico se va construyendo cuando la palabra actúa sobre el organismo, en otras palabras, la palabra muerde la carne y, a partir de ahí, adviene un sujeto (Lacan, 1962-1963/2006). Las consecuencias de esto sería la pérdida de un cuerpo dado en una lógica distinta y llamada la mayor parte de las veces 'natural'. Una vez, ese cuerpo entra al orden simbólico por medio del Otro, las necesidades son satisfechas desde lo que esa cultura oferta. Según Castelluccio (2013), el cuerpo en tanto entra al registro simbólico varía dependiendo el tipo de discurso al cual sea insertado. El autor provee como ejemplo, lo que se considera un cuerpo

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

desde la religión católica, un lugar simbólico que se puede ubicar después de recibir el sacramento del bautismo, ya que con dicho ritual se hace una marca imposible de ser borrada.

c. Registro de lo Real. El uso de Lacan del término "real" se remonta a un artículo temprano, publicado en 1936 (Evans, 1996). El autor nos dice que cuando hablaba de "lo real" ejerce una práctica común en una rama de la filosofía de principios del siglo XX, sin embargo, el término experimenta muchos cambios a lo largo de su trabajo. Una distinción que es primordial mencionar es que desde muy temprano en su obra Lacan distingue entre lo real y lo verdadero, entre lo real y la realidad, lo que indica que lo real ya participa de una cierta ambigüedad (Lacan, 1936, p. 75, en Evans, 1996). En el 1953, Lacan otorga a lo real un lugar fundamental en la teoría psicoanalítica; inscribiéndolo de ahí en adelante como uno de los tres registros.

El registro de lo real pudiese entenderse como aquello que implica lo imposible de asimilar simbólicamente. Lo real implicaría para Lacan esa dimensión del psiquismo refractaria a la simbolización y a la imaginarización. Distinta a la realidad que resulta del trenzado de lo imaginario y de lo simbólico, es decir, de aquello que el sujeto puede reconocer y en donde puede reconocerse, lo real remite justamente a aquello que es imposible de reconocer pues no hay palabras ni imágenes que lo puedan recoger. Por ello, lo real es lo más cercano al registro biológico y al cuerpo en su aspecto físico puro (Evans, 1996). El cuerpo real se trataría entonces de un cuerpo afectado por el goce (Evans, 1996). Lacan (1975/1997) en la conferencia "Joyce el Síntoma II" refiere que el humano tiene un cuerpo, en lugar de ser un cuerpo, así establece una disyunción entre el cuerpo y el ser. En palabras de Soler (1993), el sujeto no es un cuerpo, sino que tiene un cuerpo.

d. Significante y el Cuerpo. Lo real, lo simbólico y lo imaginario están atravesados por el discurso que domina la época, lo que implica que están condicionados al lenguaje y a la

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

cultura y a los mandatos de goce que arrojan ese momento particular. Del mismo modo, entonces, pasará con el cuerpo que se construye en y por el discurso. Acerca del cuerpo en tanto discurso, Soler (1993) resalta: “el verdadero cuerpo, el primer cuerpo dice Lacan, es el lenguaje, a saber, lo que él llama el cuerpo de lo simbólico... (que) es un cuerpo por el hecho de ser un sistema de relaciones internas...” (p. 2). Lacan hace un recorrido de elaboración teórica en relación con el cuerpo en términos conceptuales, para llegar a considerar que es el significante lo que introduce el discurso en el organismo. El lenguaje será entonces cuerpo que concede cuerpo en tanto la materialidad de lo simbólico. Soler (1993) lo afirma al decir que:

No existe ningún hecho sino los que han sido expresados. Un hecho es algo que ha sido dicho... el cuerpo es un hecho sólo después de dicho, ... Es uno, el suyo, porque usted lo nombra: se atribuye a usted sólo... Decir: ‘yo tengo un cuerpo’, tomarlo como atributo en lugar de tomarlo como nuestro ser mismo, es... que como sujetos podemos prescindir de él... Como sujetos del significante estamos separados del cuerpo, el sujeto es aquel del cual se habla antes que él mismo hable, el sujeto efectivamente está ahí en la palabra, antes de tener un cuerpo, antes de nacer (p. 3).

Si como dice Colette Soler, siguiendo a Lacan, "el destino es el discurso" (Soler, 1993, p. 4), eso tendría dos implicaciones fundamentales: (a) la anatomía no es el destino como Freud pensaba, es decir, que un sujeto se asuma hombre o mujer es asunto de la dimensión subjetiva, lo que dependerá de la manera en que cada uno se inscriba en la función fálica y (b) que esto tendrá efectos fundamentales en las economías de goce del sujeto.

e. **El Goce.** Lacan desarrollará el concepto de goce oponiéndolo tanto al concepto de placer freudiano como a su acepción popular (Evans, 1996). Para Freud, el principio del placer cumplía una función de límite, mientras que el sujeto intentaría constantemente transgredir las

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

prohibiciones impuestas por dicho principio placer, siempre dirigiéndose al “más allá del principio del placer”. No obstante, el resultado de transgredir el principio del placer no resulta en más placer, sino en malestar y dolor, ya que solo hay una cierta cantidad de placer que el sujeto puede soportar (Evans, 1996). El principio del placer tiene una función de ponerle un límite al goce, pues el desborde que el goce implica pondría al psiquismo en una paradójica situación: tener que tolerar un exceso intolerable (Gómez, 2023). Entonces, ¿a qué remite este complejo concepto y por qué es tan central para abordar la dimensión subjetiva del dolor? El goce remite a la tensa articulación entre la pulsión y la satisfacción, por lo que el goce es el modo lacaniano de nombrar la satisfacción pulsional (Imbriano, 2008). En palabras de Evans (2007), para Lacan el término goce explica la satisfacción paradójica que el sujeto intenta derivar de su síntoma, o, para decirlo de otra manera, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción (la "ganancia primaria de la enfermedad" de Freud). Néstor Braunstein (2006) cita a Lacan en su texto “El Goce: Un Concepto Lacaniano”:

Pues lo que yo llamo goce, en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, de la activación, de la defensa, hasta de la hazaña. Indiscutiblemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor y sabemos que solo en ese nivel de dolor se puede experimentar toda una dimensión del organismo que, de otro modo, queda velada (p. 22).

Lacan da cuenta de la compleja relación entre placer y dolor, a la vez que los diferencia. Según su propuesta, allí donde se sufre, también es posible gozar. De lo anterior, se deduce que otros conceptos íntimamente ligados al goce son el superyó y la pulsión de muerte, porque “son dos conceptos principales que permiten vislumbrar el modo en que Freud constata los efectos del goce en la clínica; éstos son el superyó y la pulsión de muerte” (Pérez Aguilar, 2010, p. 57). El

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

superyó y la pulsión de muerte están estrechamente vinculados. Estos conceptos los elaboraremos más adelante, para dar cuenta de la complicidad entre la severidad del superyó y la pulsión de muerte que empuja irremediamente al retorno hacia un estado anterior e inanimado.

Las economías del dolor implicarían entonces una satisfacción que llevaría al sujeto por los derroteros de la compulsión a la repetición, empujando al sujeto a recorrer los derroteros pulsionales para intentar encontrar algo del goce que siempre se le va a escapar. En la práctica clínica se constata frecuentemente que aquello que traspasa el límite del placer, tiene el potencial de generar dolor, pero también algún tipo de satisfacción que conlleva sufrimientos para el sujeto. Dicha satisfacción paradójica posibilita apuntar a lo que va siempre a un más allá del principio del placer y que se escapa a la palabra, y a toda simbolización. Allí se sitúa una dimensión del goce de la cual no puede darse cuenta pero que cuenta inmensamente en las economías del psiquismo. Luján Iuale (2022) nos advierten tener precaución en abordar el goce desde un paradigma cartesiano donde se explicaría en términos dicotómicos como algo malo o bueno. La psicoanalista argentina nos invita a ponderarlo como algo con lo que cada ser hablante tendrá que lidiar para gestionar su propio ‘saber hacer’ con el goce y con sus efectos en su singularidad.

Con lo recorrido hasta el momento, podemos destacar la dimensión subjetiva del dolor y aquello del sufrimiento humano que es irreductible a lo biológico ¿Qué virajes propone Lacan para pensar el cuerpo pulsional más allá del principio del placer? ¿Qué aportaciones nos proveen estos virajes para pensar la experiencia del dolor y lo que pone a jugar en la economía del sujeto?

B. Antecedentes Freudianos del Dolor Corporal

Desde los fundamentos de la obra freudiana, se aprecia cómo paulatinamente irá correlacionando el dolor corporal a condiciones anímicas. Acerca del dolor, Freud expone la gran variedad de sintomatología fisiológica, a la vez que va interrogándose sus orígenes. En su texto el “Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma)” (1890), Freud dice que los pacientes aquejados de dolor:

No pueden realizar una labor intelectual a causa de dolores de cabeza o fallas de la atención; les duelen los ojos cuando leen, las piernas se les cansan cuando caminan; sienten dolores sordos o se adormecen; padecen de trastornos digestivos en la forma de sensaciones penosas, vómitos o espasmos gástricos; no pueden defecar sin purgantes, se han vuelto insomnes, etc. Pueden en algunos de estos enfermos, la perturbación —un dolor o una debilidad del tipo de una parálisis puede mudar repentinamente de costado: saltar del lado derecho al izquierdo simétrico del cuerpo. Pero, en todos, puede observarse que los signos patológicos están muy nítidamente bajo el influjo de irritaciones, emociones, preocupaciones, etc. Tanto que pueden desaparecer, dando sitio a un estado de plena salud y sin dejar secuelas, aunque hayan durado mucho tiempo (pp. 116-117).

Freud destaca aquí una relación entre las manifestaciones corporales y los influjos de la vida psíquica. Habría que dar cuenta de que “los procesos de la voluntad y de la atención son igualmente capaces de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un importante papel como promotores” (Freud, 1890, p. 118). En ese entonces Freud (1890) hace énfasis en considerar la dimensión afectiva cuando se presenta un cuadro sintomatológico de dolencias u otras manifestaciones, aseverando así que:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Los signos patológicos no provienen sino de un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo. Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero, en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos (pp. 118-119).

Ante la falta de evidencia causal orgánica de los dolores u otros síntomas en un sujeto aquejado por estos, Freud cuestionaba el conocimiento médico de la época, porque se les atribuían a estos dolores causas orgánicas exclusivamente y cuando no se encontraba evidencia, la mayoría de las veces se les atribuían los síntomas a la “imaginación de los pacientes” (Freud, 1895, p. 120). Estas palabras de Freud aún siguen vigentes en la época actual, pues aún sucede en escenarios médicos con personas que padecen dolores corporales crónicos, como, por ejemplo, fibromialgia u otros de esa índole, en donde se les cuestionan la veracidad del decir de los pacientes acerca de estos cuando no se halla evidencia orgánica.

Freud (1895) irá dando cuenta de la posibilidad de poner en perspectiva otras consideraciones y eventualmente propone un tratamiento diferente al llevado a cabo hasta ese momento apostando a las palabras y a la escucha como medios beneficiosos para “para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas” (p. 123). Es así cómo, escuchando a sus pacientes histéricos indagaba sobre los síntomas manifestados corporalmente. Nasio (2007) explica desde el punto de vista psicoanalítico, no hay dolor corporal y dolor psíquico. El autor señala que “el modelo de dolor corporal, esbozado por Freud en los inicios de su obra, aclaró sorprendentemente nuestra concepción del dolor psíquico” como estaremos viendo a continuación (p.24).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

1. Acercamientos Iniciales a los Dolores en el Cuerpo en la Obra Freudiana

Entre los primeros escritos que abordan el tema del dolor se destacan el “Manuscrito G – Melancolía” (1895), “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895), y “Duelo y melancolía” (1917). Estos escritos contienen diferentes énfasis en relación con el dolor, y la aportación principal está en el escrito “Duelo y melancolía” (1915) en el cual el autor escribe acerca de un dolor anímico que genera un estado de melancolía. Además, hace una distinción entre el duelo y lo que se tramita a nivel de la pérdida y el vacío, respectivamente. Este dolor anímico, también pudiese resultar en afecciones corporales variadas, entre estas, el dolor corporal.

A partir del “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895) y otros manuscritos de ese periodo de su obra, se pueden delimitar ejes iniciales que se conectan eventualmente con escritos como “Introducción al narcisismo” (1914), “Más allá del principio de placer” (1920), “El problema económico del masoquismo” (1924) e “Inhibición, síntoma y angustia” (1926).

En “Proyecto de una psicología para neurólogos” escrito en el 1895, Freud propone el primer modelo psicológico del aparato mental y enuncia algunas de las funciones, mecanismos y organizaciones que persistirán como fundamentales a lo largo de su obra. Allí también elabora explícitamente sobre la vivencia de dolor y los posibles modos de pensar sus mecanismos, aunque orientado más a su fisiopatología. Así planteaba:

(a) Un gran acrecentamiento de nivel que es sentido como *displacer*, (b) una inclinación de descarga, que puede ser modificada según ciertas direcciones, y (c) una facilitación entre esta y una imagen-recuerdo del objeto excitador de dolor. Además, es indiscutible que el dolor posee una cualidad particular, que se hace reconocer junto al *displacer* (pp. 364-365).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Freud explicaba que este intenso displacer contaba con la capacidad de desencadenar un efecto en los sistemas neuronales y en el aparato motriz. La vivencia de dolor consistiría en una irrupción de grandes cantidades de energía (provenientes del exterior) de las neuronas del recuerdo.

En el “Manuscrito G – Melancolía” (1895), Freud se preguntaba “¿Cómo se pueden explicar ahora [los] efectos de la melancolía? a lo que contestaba por la vía de una inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello” (p. 244). Esta premisa permite comparar el dolor con una “hemorragia interna” que tiene un efecto semejante al de una herida (Freud, 1895, p. 245). Esa herida a la que Freud hace referencia, concierne también la divida psíquica, más específicamente ligada al narcisismo, aunque no lo enfatice así en ese momento. Dichas expresiones dan una pista para ir anticipando que Freud abordará el dolor como uno de los elementos constitutivos del yo. Así lo destaca posteriormente, en su texto “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) cuando señala que, “a raíz del dolor corporal se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo; esa investidura aumenta cada vez más y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento, por así decir” (p. 60).

Dicha conceptualización del dolor permite pensar los modos en que la instancia del yo, y la economía libidinal que le es inherente, también tendrán un rol central en las manifestaciones subjetivas del dolor corporal. Si bien este incide y se manifiesta en términos de sensaciones, como lo puede ser la incuestionable sensación de dolor en una cortadura o quemadura, es indispensable para la clínica psicoanalítica poder dar cuenta del dolor en tanto es un fenómeno que va más allá del plano fisiológico. En relación con lo anterior, Nasio (2007) explica que:

Toda lesión corporal, ya se trate de una herida cutáneo superficial o de una profunda necrosis del miocardio será, a los ojos del yo sufriente, una efracción frontal (...) el yo ya

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

no está dissociado del cuerpo (...) al que ya no percibe como un envoltorio periférico protector. En semejantes momentos, ya no hay lesión corporal pues es todo el ser lo que se quiebra (p. 85).

Las palabras de Nasio aclaran que para Freud el dolor no tiene fronteras delimitadas, pero cuenta con una lógica unitaria porque el dolor, más allá de estar o no localizado en un lugar anatómico, también cumplirá una función simbólica. Esta función simbólica, esencial para el abordaje del dolor, es ilustrada por Freud (1914/1992) cuando hace referencia citando el verso del poeta Wilhem Busch: “En la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda” (p. 79). Esta conceptualización del dolor como vivencia emerge como un puente vincular entre el dolor y la vida afectiva.

La Real Academia Española define la palabra vivencia, como: (a) experiencia que se tiene de algo, (b) hecho de vivir o experimentar algo. El empleo de esta palabra permite acoger elementos de lo subjetivo del dolor, lo que remite al siguiente cuestionamiento freudiano ¿cómo es posible que, en el afecto, que es sólo el recuerdo de la vivencia de dolor ocurrida en el pasado, se pueda desprender un intenso displacer como si la vivencia fuera actual? (Cohen, 2002).

Siguiendo las elaboraciones de Freud en su esfuerzo de pensar y dar un estatuto científico a la vivencia de dolor en el “Proyecto de psicología para neurólogos”, destacamos que el dolor es primeramente una excitación que afecta todos los sistemas defensivos. Afirma que para este no existe ningún impedimento de conducción (p. 351). En la primera parte, Freud expone las tres propuestas principales: el diseño cuantitativo, la teoría de las neuronas y las barreras contacto. Luego, pasa a cuestiones relacionadas con aspectos subjetivos: el problema de la calidad, especialmente el dolor y la conciencia. A partir de ahí, examina el funcionamiento del dispositivo que da como resultado la experiencia vivida de satisfacción. En la segunda parte

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Freud presenta la psicopatología de la histeria en donde intenta trenzar las vivencias afectivas con la memoria y la temporalidad no solo cronológica del psiquismo. En la tercera parte, presenta una teoría de los procesos normales, simétrica a la psicopatología.

Su recorrido le lleva del énfasis en los procesos neurológicos a la pregunta por aquello que parece desbordarlos y escapar a su mecánica. Este camino se ilustra en su analogía de que el dolor deja una brecha en las neuronas del recuerdo, como si se tratase de un flechazo amoroso. Estas metáforas acerca de la “brecha” y los “flechazos amorosos”, desde mi punto de vista, representan una antesala a elaboraciones posteriores. Esto debido a que habrá brechas (agujeros, orificios, fisuras, grietas) y flechazos amorosos (amor de figuras parentales/cuidadores y sus efectos en la constitución subjetiva) que tendrán la potencia de generar heridas incurables.

Su colaboración con Breuer en la escucha de las histerias, le permitió ir generando una mirada más cualitativa y subjetiva del cuerpo y la sintomatología asociada al dolor corporal. A continuación, presentaré algunos pasajes de su trabajo que dan cuenta de dichos movimientos. De esa colaboración nace el texto *Estudios sobre la histeria* (1893-95), en donde se ilustra el enlace asociativo síntoma y afecto psíquico. Este enlace queda demostrado en los casos de histeria que presenta el texto, y un caso particular que da cuenta de un cuadro sintomatológico de dolor corporal es el caso de Elisabeth von R. dado que Freud correlaciona sus dolores en el cuerpo con afectos psíquicos (Freud, 1895, p. 188). Esta paciente padecía un dolor de base orgánica (dolor reumático) el cual, según la elaboración del autor, queda asociado a un acontecimiento traumático, siendo considerado un cuadro clínico de conversión histérica. De este modo, el síntoma del dolor corporal empieza a ser considerado una reminiscencia de acontecimientos pasados. En un apartado posterior de este capítulo, presentaré algunas viñetas del caso.

2. *El Dolor Histérico: Conceptualizaciones Clínicas Iniciales del Dolor Corporal a Partir de la Neurosis Histérica*

Histeria y dolor son conjugadas por Freud para designar un cuadro clínico de síntomas que él llamó “dolor histérico”, con el propósito de explicar aquellos casos que manifestaban síntomas histéricos en donde predominaban dolores corporales sin evidencia orgánica. En su teoría del trauma, inicialmente Freud propone que los síntomas histéricos se originan en el periodo de la infancia a causa de un trauma de índole sexual usualmente con alguna con alguna de las figuras parentales. En el decir de Freud (1895), el trauma:

Es una causa ocasional frecuente de afecciones histéricas, en doble dirección: en primer lugar, un fuerte trauma corporal, acompañado de terror y parálisis momentánea de la conciencia, despierta una predisposición histérica inadvertida hasta entonces; y, en segundo lugar, ¡por convertirse la parte del cuerpo afectada por el trauma en sede de una histeria loca! (p. 51).

El aspecto que llama la atención de esta sintomatología es que Freud (1895) habla de un dolor de índole histérico el cual se distingue por su “carácter de lo excesivo” (p. 52): “un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo; una anestesia y una parálisis fácilmente pueden volverse absolutas; una contractura histérica opera el máximo de contracción de que un músculo es capaz” (Freud, 1895, p. 52). Esta cualidad excesiva del dolor será un eje central en este análisis, ya que la cronicidad del dolor corporal remite justamente a la des-mesura y al des-borde. La presencia de una excitación intramitable en el cuerpo, produciría una fijación que se expresaría bajo la forma de dolor intenso, prolongado y repetitivo.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La sintomatología de dolor histérico, en tanto síntoma histérico, se caracterizaban por manifestarse en zonas específicas que Freud llamó zonas histerógenas, las cuales definió como:

Lugares hipersensibles del cuerpo cuya estimulación leve desencadena un ataque, el aura del cual suele iniciarse con una sensación proveniente de ese lugar. Estos lugares pueden tener su sede en la piel, en las partes profundas, huesos, mucosas, y hasta en los órganos de los sentidos; son más frecuentes en el tronco que en las extremidades y muestran ciertas predilecciones: por ejemplo, un lugar de la pared abdominal correspondiente a los ovarios en mujeres (y aun en hombres), la coronilla, la región situada bajo el pecho, y en los hombres los testículos y el cordón espermático (Freud, 1895, p. 47).

Estas zonas histerógenas funcionarán como vectores de vivencias entre el adentro y el afuera, es decir, entre la dimensión externa e interna del sujeto. En este periodo inicial, las hipótesis que sustentaron la teoría del trauma explicaban hasta cierto punto los cuadros clínicos. No obstante, fue la singularidad de cada caso lo que permitió crear otras hipótesis y propuestas teóricas que se alejaron de la explicación traumática de los síntomas. Laurent (2002) en su artículo “El revés del trauma” explica que durante ese periodo Freud consideró explicar exclusivamente la sexualidad a través del trauma. Sin embargo, abandonó la teoría del trauma de la seducción para pensar que es en la propia sexualidad donde se germinan los orígenes del malestar subjetivo, más allá de las circunstancias que vive el sujeto.

El autor considera las conversiones como alteraciones de las funciones del cuerpo sin base orgánica. Desde ese momento, sus elaboraciones sobre la histeria vienen a ocupar una posible explicación del dolor como un acontecimiento que se experimenta en el cuerpo y, sin embargo, este a su vez, está anudado a un conflicto no evidente o no visible.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

a. El Dolor Histérico entre lo Onírico y la Vida Cotidiana. El sueño es considerado la vía regia hacia el inconsciente, por lo que habría que prestarle especial atención a los sueños que involucran fenómenos corporales, ya que pudiese haber algo de ese material que pueda arrojar un saber inconsciente acerca de elementos subjetivos, en tanto vincula representaciones inconscientes con fenómenos corporales. Si bien no abundaré sobre este particular, pues excede el tema que nos ocupa, sí resaltaré la importancia de la relación entre el cuerpo y el contenido onírico porque el interior del cuerpo se torna en generador de estímulos oníricos, más allá de que haya patología orgánica o no (Freud, 1900). Es por tal razón, que ante la presencia de dolores corporales sería fundamental para el trabajo clínico psicoanalítico considerar el material onírico que se manifiesta. En su escrito “La Interpretación de los Sueños” (1900), Freud utiliza algunos ejemplos para dar cuenta de los modos en que dolor corporal aparece en la actividad onírica. En relación con los sueños y el cuerpo, Freud indicó que “acumulaciones de semen producen sueños voluptuosos, y dolores locales la idea de ser maltratado, de ataques hostiles o de heridas que nos infligen en el cuerpo” (Freud, 1900, p. 50). En este escrito Freud se interroga acerca de ¿qué dicen los sueños de las somatizaciones? ¿podría el dolor corporal influir el contenido de los sueños o viceversa? ¿cuánto realmente tiene que ver lo que acontece en la experiencia externa durante la vigilia con la experiencia interna en el sueño?

En su escrito “Psicopatología de la Vida Cotidiana” (1901), Freud plantea que se puede apreciar un leve giro en torno al dolor corporal proponiendo un pasaje de ser un elemento de ruptura a ser un elemento defensivo:

Uno se ve precisado a hacer de este afán defensivo elemental contra representaciones que pueden despertar sensaciones displacenteras; a hacer de este afán, digo, sólo asimilable al

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

reflejo de huida en caso de estímulos de dolor, uno de los pilares fundamentales del mecanismo que es el portador de los síntomas histéricos” (p. 146).⁴

Más adelante, cuando elabore aspectos asociados al mecanismo de la represión, trabajará otros aspectos sin abordar prácticamente la frase “dolor físico” o “dolor corporal”.

Eventualmente, hablará de dolores en tanto sadismo o masoquismo, o de dolor de duelo.

Particularmente, “Duelo y Melancolía” (1917) es un artículo en donde Freud se replantea algunas temáticas asociadas al dolor haciendo analogías entre dolor anímico y dolor corporal.

En cuanto al dolor histérico, las experiencias o vivencias asociadas a los síntomas podían ser: muerte de familiar o algún conocido, cambios en vínculos de pareja, familia o amistad, algún suceso que parezca incluso anecdótico y no tan significativo para la persona “un mínimo cambio en el entorno puede desencadenar un terremoto afectivo al reactivar de un modo feroz e inefable la huella dejada por lo traumático y penosamente enfrentado por las defensas del yo” (Freud, 1901, p. 147). En esto último ya podemos ver atisbos de un abordaje de la dimensión narcisista del dolor y del dolor representado como una defensa versus una ruptura de “barrera de contacto”, como le llamaba en “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895). El yo, entonces, se encarga de hacer un trabajo de escudo ante algo que inconscientemente se vive como amenazante a la homeostasis interior. En el escrito “Introducción al narcisismo” (1914) se trabaja este tema a profundidad, lo que estaremos discutiendo a continuación.

⁴Añade Freud (1901) “Y no se objete, contra el supuesto de esa tendencia defensiva, que asaz a menudo nos resulta imposible, por lo contrario... de recuerdos penosos que nos persiguen, y ahuyentar mociones afectivas penosas como el remordimiento, los reproches de la conciencia moral. Es que no se afirma que esta tendencia defensiva pueda abrirse paso dondequiera, que en el juego de las fuerzas psíquicas no pueda tropezar con factores que, con fines diversos, aspiren a lo contrapuesto y lo produzcan en desafío a aquella. Como principio arquitectónico del aparato anímico se deja colegir la estratificación, la edificación a partir de instancias que se superponen unas a otras, y es muy posible que aquel afán defensivo corresponda a una instancia psíquica inferior, y en cambio instancias superiores lo inhiban” (p. 146).⁴

3. Dolor Corporal y Narcisismo

En “Introducción del Narcisismo” (1914) Freud explora las vías de la enfermedad orgánica y de la hipocondría y señala cómo en los dos casos el cuerpo es afectado por sensaciones corporales dolorosas y desestabilizantes, lo cual produce una rearticulación de la economía libidinal. Toma como ejemplo un órgano susceptible y sensible al dolor, el órgano genital, que, sin estar precisamente enfermo, sufre, por la excitación, las mismas modificaciones producidas por la enfermedad. Y señala que esta propiedad erógena puede ser aplicada a cualquier órgano. Una vez afectado, el órgano concentra en sí la libido retirada del mundo exterior (Ramos & Mahé, 2012, p. 269).

En sus elaboraciones, Freud tomará tres vías: la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los sexos. Elaboraré aquellos aspectos asociados al cuerpo y dolor corporal de cada una de las vías para distinguir como cada una pudiese aportar a la comprensión de cómo se trenza el dolor corporal con el narcisismo. De entrada, en la primera definición de narcisismo que Freud articula, se aprecia como habla de la relación entre el propio cuerpo, la sexualidad y la satisfacción:

Aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mima, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena (Freud, 1914, p. 79)

Ahora bien, dado que el cuerpo es terreno de fuerzas libidinales por su carácter erógeno y sexual ¿qué relación tendría el dolor corporal con el narcisismo?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La primera vía por la cual Freud explica el narcisismo es la enfermedad orgánica, es decir, aquel padecimiento fisiológico del cual se tiene alguna evidencia de que hay lesión de los tejidos. Acerca de esta, dice: “la enfermedad orgánica influye sobre la distribución de la libido. La persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento” (Freud, 1914, p. 80). Aquí, lo que Freud nos dice es que el enfermo dirige su atención hacia sí mismo, y es como si renunciara a todo lo demás que le rodea.

En este texto relata que fue un comentario que le hiciera Sándor Ferenczi lo que le convocó a considerar que había que considerar “la influencia de la enfermedad orgánica sobre la distribución de la libido” (Freud, 1914, p. 79). Pero Freud va más allá de esta idea al plantear que el dolor tiene el potencial de conmocionar el psiquismo en modos desoladores, y para plantearnos esto toma la célebre frase, que mencioné a principios de este trabajo: “en la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda” (p. 79). Freud propone repensar la teoría de la libido planteando que el sujeto que padece dicho dolor “retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse” por lo que la distribución de la libido se altera, redirigiéndose hacia el yo exclusivamente (p. 79). La libido y el interés yoico se dirigen hacia una meta en común tornándose indistinguibles, y es por tal razón que Freud (1914) comenta acerca del notable egoísmo que manifiestan aquellos que padecen la enfermedad.

En la hipocondría, se exterioriza, al igual que la enfermedad orgánica, “en sensaciones corporales penosas y dolorosas, y coincide también con ella por su efecto sobre la distribución de la libido. [Pero] El hipocondríaco retira interés y libido –esta última de manera particularmente nítida– de los objetos del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que le atarea” (Freud, 1914). También hay otra diferencia entre hipocondría y enfermedad orgánica: las alteraciones,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

aunque se manifiesten en el enfermo son comprobables en los casos de enfermedad orgánica; en la hipocondría, no. Esto no representa que sea menos real para el propio sujeto.

Con relación al yo, Nasio (2007) comenta que el dolor corporal representa una expresión que está más allá del principio del placer, conmocionando al yo, pero sin destruirlo. Pero ¿cómo se diferencia la distribución de la libido en el dolor orgánico y en el dolor corporal en el escenario de la histeria? Freud explica que las alteraciones corporales en la histeria, y así también en la neurosis obsesiva, dependerán de la libido de objeto, mientras que la hipocondría y en el dolor orgánico dependerán de la libido yoica. Desde los periodos iniciales de la vida, la figura materna será el agente que posibilite que este cuerpo devenga erógeno. En este recorrido libidinal pueden ocurrir eventos que generen malestares, siendo el dolor corporal algo que da cuenta de esto. La libido inviste al objeto, para así buscar algo de satisfacción en el yo, pero si esto no es posible por una falla en el mecanismo de identificación, por ejemplo, al final realizará una captura de su propio cuerpo fragmentado, regresando de esta manera a una escena autoerótica (Madorno, 2019).

La tercera y última vía que Freud propone para explicar el narcisismo es la vida amorosa de los sexos. Trabaja la diferenciación entre hombre y mujer, indicando que esto estará asociado a cómo es el vínculo del sujeto con sus figuras parentales y la cultura. En el caso de las mujeres, el autor destaca el desarrollo de un narcisismo originario que tendrá efectos en cómo se vincula a su objeto de amor; instaurándose en estas una posición consigo mismas que las conduce a amarse, primordialmente, sólo a sí mismas (Freud, 1914). Esto desemboca en que, para la mujer, el ser amado, cobra un lugar más contundente en sus vínculos, que el ellas amar a un otro.

4. *Dolor, Cuerpo y Pulsión*

a. El Dolor no es una Pseudopulsión. En el artículo “La represión” (1915), Freud hace una peculiar comparación del dolor con lo pulsional, al decir que este tiene una “notable semejanza con una pulsión”, sin embargo, no le otorga carácter de pulsión, pues lo cataloga de *pseudopulsión* (p. 141). Sería importante ubicar en qué contexto teórico Freud hace esta comparación, para poner en perspectiva el término. Por la tanto, citaré al autor explicando las contingencias en que la represión se configura, y cómo lo vincula con el dolor: El autor dice de la represión (1915):

Deviene como consecuencia de la imposibilidad para convivir con ideas y afectos que se caracterizan por ser desmesurados e intolerables, por lo que han de contenerse con fuerza en lo inconsciente. Si estas representaciones psíquicas se desbordaran, tendrían el potencial para suscitar dolores de gran intensidad o una tensión de tal envergadura que sean insostenibles para el sujeto (p. 136).

En ese sentido el mecanismo de la represión posibilita una vía para tramitar la liberación de excedente de afecto, en un intento de salida de fuerzas internas conflictivas que componen la representación psíquica. La represión oponiéndose a esa salida, -la cual se vincula con dolor en el caso de que esas representaciones psíquicas salieran abrumadoramente-, se inscribirá en el sujeto que lo padece en tres dimensiones: (a) la dimensión del pensamiento (neurosis obsesiva), (b) la dimensión de afectos aversivos el mundo exterior (fobia) o (c) la dimensión hacia un padecer en el cuerpo (histeria de conversión). Desde el psicoanálisis, estas tres dimensiones son los modos en los cuales cada sujeto se las arregla para lidiar con la realidad psíquica que ha construido, los que tiene una estrecha relación con su historia subjetiva, sus orígenes y sus lazos afectivos.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Más adelante, en este escrito, hace la comparación del dolor con una pulsión, y es cuando lo llama pseudopulsión. Si bien no abunda sobre este particular, lo menciono a modo de referencia para dar cuenta de la naturaleza disruptiva e insistente del dolor, más en los casos donde hay cronicidad.

Puede ocurrir que un estímulo exterior sea interiorizado, por ejemplo, si ataca o destruye a un órgano; entonces se engendra una nueva fuente de excitación continuada y de incremento de tensión. Tal estímulo cobra, así, notable semejanza con una pulsión. Según sabemos, sentimos este caso como dolor. Ahora bien, la meta de esta pseudo-pulsión es sólo el cese de la alteración de órgano y del displacer que conlleva. Otro placer, un placer directo, no puede ganarse con la cesación del dolor. El dolor es también imperativo; puede ser vencido exclusivamente por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica” (P. 141).

Nasio (2007) aclara que el dolor no es una pulsión pues la meta del dolor es radicalmente distinta a la de la pulsión. El dolor es una señal de alarma para detener lo potencialmente dañino o peligroso, mientras que la pulsión busca satisfacción más allá de los riesgos potenciales. El autor añade que las defensas del yo son diferentes, en cada caso: ante la pulsión el yo se opone a la represión; frente al dolor queda indefenso. Sin embargo, hay dos aspectos que llaman la atención, y es una cierta paradoja con el dolor como respuesta sadista y masoquista, la cual Freud elabora eventualmente. Si bien el yo queda indefenso ante el dolor corporal, en Freud había una pregunta acerca de la dimensión económica del psiquismo: ¿El sujeto obtiene alguna ganancia o beneficio secundario del dolor en tanto síntoma? Si bien el sujeto queda sin defensas, ¿estaría todo perdido o se obtiene algo, por más doloroso que sea, en esa indefensión? Es por esto por lo que, probablemente, le atribuye carácter de pseudopulsión porque hay algo que engaña y que no es transparente del dolor (Freud, 1915).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Para profundizar en este particular propongo brevemente repasar qué significa ‘pseudo’. Según la *Real Academia Española*, pseudo proviene del griego ‘pseudo; y significa ‘falso’. De modo que el propio nombre ya lo dice: el dolor es una falsa pulsión. Como mencionado anteriormente, Freud no abundó sobre este término en su obra y fue utilizado pocas veces, sin embargo, algo quiso decir el autor al emplearlo. Entonces, ¿a qué se referiría con “pseudo-pulsión”? Nasio (2007) dice que se refiere a:

Algo que también representa una demanda de trabajo para el psiquismo; actúa imperativamente en la psique a llevar a cabo operaciones de defensa, ya que se trata de un estímulo continuo, (...), de un estímulo que implica un riesgo potencial a la vida (p. 28).

En síntesis, el dolor corporal caracteriza por ser un signo de alerta, y puede actuar de modo intrusivo, imponiéndose al psiquismo trastocando así la dimensión subjetiva. Incluso, en su cronicidad, puede ser continua e insuperable (como una pulsión) pero tiene metas distintas. En la próxima parte, elaboraré acerca de la relación dinámica entre pulsión, cuerpo y dolor.

b. Pulsión y Dolor. Habiendo aclarado que el dolor no es una pulsión, y definiendo qué es una pseudopulsión, se hace indispensable abordar la pulsión como concepto medular con relación al tema del dolor corporal. Para esto, haré un breve recorrido por algunas de las diferentes elaboraciones del concepto que pudiesen aportar a una comprensión más profunda y amplia del dolor corporal. Comenzaré por su escrito *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) en donde precisa la definición de “trieb” diferenciándolo así del estímulo.

Freud demarca, en ese entonces, una diferencia cualitativa entre la pulsión y el estímulo, conceptualizando la pulsión como aquello que figura como un estímulo para lo psíquico y, que, a

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

su vez, se distingue cualitativamente de los estímulos fisiológicos. La pulsión es una fuerza constante e incesante, que actúa como representante de un estímulo derivado del interior del cuerpo y se despliega incesantemente para alcanzar su meta. Esta cualidad interior hace que no sea posible eludirla, pues no hay escapatoria posible de lo pulsional, y esto resulta en una exigencia de trabajo persistente para el aparato psíquico. El único modo posible de pausar su continua intensidad es mediante su satisfacción, la cual es inherentemente parcial. La descarga de la pulsión ocurre invariablemente hacia adentro. En algo que parecería ser una propuesta para dar cuenta de la dimensión subjetiva del cuerpo, Freud (1915) integra lo anímico y lo biológico en la definición de pulsión:

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante [Repräsentant] psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (p. 117).

Si la pulsión se origina en el límite entre el cuerpo y el psiquismo, se produce un enlace limítrofe que da cuenta de un anudamiento que rompe con una cierta homeostasis y equilibrio, tema que Freud elaborara eventualmente en “Más allá del principio del placer (Freud, 1920) y en “El problema económico del masoquismo”, en donde las sensaciones de placer y displacer no corresponderían a la cantidad de la tensión, sino al ritmo de variaciones en la tensión. En relación con el dolor corporal, Nasio (2007) agrega que se puede “definir el dolor como una ruptura de ritmo pulsional y distinguirlo del displacer” (p. 110). En ese sentido, la pulsión actúa como fuerza constante e incesante, mientras que el dolor actúa como un choque momentáneo que representa un quiebre, y el displacer es aquella intensidad cuyo efecto no dependerá de su

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

cantidad, sino la variación de su ritmo. Además, el displacer no siempre representará dolor, y el dolor no siempre implicará displacer.

Freud (1915) sostiene la idea de que el cuerpo se rige por la lógica de placer-displacer, siendo placer aquello que representa una tensión disminuida y displacer un aumento de dicha tensión. Entre los términos que emplea para explicar los mecanismos de la pulsión se encuentran: esfuerzo, meta, objeto, fuente. El esfuerzo de la pulsión se refiere a la fuerza constante que representa y siendo la característica esencial de ese brío su gasto de energía. En cuanto a la meta de la pulsión indica que esta es siempre la satisfacción, y las vías para alcanzar esa meta de satisfacción son variadas y pudiesen intercambiarse unas por otras o mezclarse unas con otras. La fuente de la pulsión es definida como un proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo de la cual procede su fuerza. También, figura como el origen de la pulsión, es decir, aquello que se llama la zona erógena. Por último, el objeto es aquello que cumple una función primordial para alcanzar la meta. Esa meta no necesariamente es externa, pues también pudiese ser una parte del propio cuerpo.

A esta conceptualización pulsional, Freud (1915) añade unas clasificaciones pulsionales. En un primer tiempo propone la clasificación de las pulsiones en yoicas o de autoconservación y las sexuales. Las pulsiones sexuales son descritas como múltiples y provenientes de diversas fuentes orgánicas. Resalta que éstas se diferencian y actúan de modo independiente, y que sólo más tarde se podrían combinar entre ellas. La meta principal de la pulsión consiste en alcanzar su objeto y con ello, la satisfacción inherente.

5. Consideraciones Teóricas para Pensar el Dolor Crónico en Torno a la Compulsión de Repetición, Pulsión de Muerte, y el Masoquismo y el Superyó

En el presente apartado se plantea llevar a cabo un recorrido sobre algunos conceptos freudianos que nos permiten continuar pensando el tema de la cronicidad del dolor. Estos conceptos son repetición y compulsión de repetición, pulsión de muerte, masoquismo, y la instancia del superyó. En torno al concepto del superyó, hare énfasis en el superyó femenino, particularmente tomando en cuenta la culpa lo que tendría “posibles consecuencias en el devenir de la feminidad” (Farias, 2016, p. 1). La relación entre estos conceptos en diálogo con la conceptualización del cuerpo y el goce en Lacan nos servirán de brújula para mirar más allá del sistema de conversión freudiano.

En “Más Allá del Principio de Placer” (1920), Freud da un giro a la concepción de placer-displacer, vinculándola con la pulsión de muerte y proponiendo con este “más allá” del principio del placer, un enigma, una pregunta de por qué el sujeto pudiera no querer su bien, en un desborde del principio del placer que desemboca inevitablemente en el displacer, y eso que Lacan llamará eventualmente, los terrenos del goce. Entonces, ¿en dónde ubicar el dolor crónico que es de orden de lo intrusivo y lo repetitivo, pero a la vez participa de la economía psíquica y pulsional? Un suceso, por ejemplo, un traumatismo exterior, producirá siempre una gran perturbación en la economía energética y pondrá en marcha todos los medios de defensa. Pero el primero que quedará fuera de combate será el principio de placer (Freud, 1920, p. 37).

Entonces, ¿qué ocurre cuando el principio del placer queda desbordado? Nasio (2007) indica que, respecto al dolor corporal, este representa un quiebre severo del yo y un quebranto al principio del placer, cuyo rol es el de guardián del equilibrio en el psiquismo. El dolor manifiesta algo de un lugar más allá del principio del placer, que, si bien conmueve al yo, no

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

necesariamente lo destruye (Nasio, 2007). Esto resulta en que el dolor produce un significativo debilitamiento psíquico porque demanda para este todas las investiduras y, al mismo, tiempo ese debilitamiento protege al yo. “Más allá del principio de placer” (1920), Freud nos habla de las consecuencias corporales y psíquicas del carácter intrusivo del dolor:

De todas partes es movilizada la energía de investidura a fin de crear, en el entorno del punto de intrusión, una investidura energética de nivel correspondiente. Se produce una enorme ‘contrainvestidura’ en favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica (p. 399).

a. Compulsión de Repetición. ¿Cómo se relaciona este carácter intrusivo con la repetición y la compulsión a la repetición? El concepto de compulsión de repetición fue descrito por Freud en “Recordar, repetir y reelaborar” (1914) aludiendo a la ineludible repetición cuando, el analizado no recuerda lo vivido, sino que lo actúa. Algunos años más adelante, en “Más allá del principio de placer” (1920), Freud le otorga un lugar cardinal en su obra a la noción de compulsión a la repetición y su radical y ominoso carácter, más allá del automatismo de repetición.

En el inconsciente psíquico puede reconocerse la supremacía de una compulsión a la repetición proveniente de las mociones pulsionales y que probablemente depende de la naturaleza más íntima de las pulsiones, lo bastante poderosa para situarse por encima del principio del placer y que comiere a ciertos aspectos de la vida psíquica su carácter demoníaco (p. 258).

Freud descubría la repetición y el aferramiento a los síntomas de algunos de sus pacientes luego de haber alcanzado una cierta mejoría, en la llamada resistencia a la cura, que lo

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

dejó en muchas ocasiones perplejo: “Se afanan por interrumpir la cura incompleta, saben procurarse de nuevo la impresión del desaire, fuerzan al médico a dirigirles palabras duras y a conducirse fríamente con ellos, hallan los objetos apropiados para sus celos” (Freud, 1920, p. 21). Ante esta insistencia y persistencia pulsional, Freud (1920) señala que:

Lo verdaderamente asombroso es que ésta devuelve vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces (p.20).

Las elucidaciones anteriores, nos convocan a la pregunta ¿cómo se concibe el cuerpo erógeno, sintomático y pulsional desde esta noción de la compulsión a la repetición? Freud, concibe un cuerpo que es tomado por una fuerza de empuje pulsional que es indomable, y que, además, es de carácter apremiante y excesivo. Entonces, ante esta hipótesis se pregunta Freud (1920) acerca de cómo se entrama lo pulsional con la compulsión a la repetición, y responde:

Una pulsión sería entonces un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas; sería una suerte de elasticidad orgánica o, si se quiere, la exteriorización de la inercia en la vida orgánica (p. 36).

Como mencionamos al inicio de la exposición de la compulsión de repetición, Freud atribuye un carácter demoníaco a la repetición excesiva, y la relaciona directamente con la noción de pulsión de muerte.

b. Pulsión de Muerte. La conceptualización de la pulsión de muerte fue realizada por Freud en su escrito “Más Allá del Principio de Placer” (1920), afirmando que “lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo” (p. 147). Añade a esta afirmación que, “si admitimos que el ser vivo apareció

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

después que lo no-vivo y a partir de esto, la pulsión de muerte concuerda con la fórmula [...] según la cual una pulsión tiende al retorno a un estado anterior” (p. 142). En principio, la pulsión de muerte es considerada por Freud una pulsión de destrucción, la cual vinculó con la agresión, el sadismo y el odio: “Más lejos nos llevó la idea de que una parte de la pulsión se dirigía al mundo exterior, y entonces salía a la luz como pulsión de agredir y destruir” (Freud, 1920, p. 114). Sin embargo, sus elaboraciones acerca de la pulsión de muerte no se detuvieron ahí. Freud (1920) sostiene que “el principio de placer parece, de hecho, hallarse al servicio de las pulsiones de muerte” por “su irreductibilidad, su insistencia, su carácter irreal y, desde el punto de vista económico, su tendencia a la reducción absoluta de las tensiones” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 336). Así, la pulsión se mueve en el esfuerzo continuo de buscar satisfacción – y deriva siempre para volver al estado anterior.

Freud vinculó la pulsión de muerte con la agresión no solo hacia el exterior, sino hacia el interior del psiquismo, lo que le lleva a perfilar la dimensión moral del masoquismo.

c. Masoquismo. Recordemos que, inicialmente, vinculaba la pulsión de muerte con agresión, destrucción y odio. Luego, reconsidera lo anterior para vincularlas con el sadismo y el masoquismo, considerándolas, así como las pulsiones por excelencia, por su destacado carácter repetitivo. Más adelante, en el año 1924, en su publicación “El problema económico del masoquismo”, reconsiderará su elaboración en torno al sadismo como masoquismo primario, a partir de sus conceptualizaciones acerca de la pulsión de muerte:

Puede decirse que la pulsión de muerte actuante en el interior del organismo -el sadismo primordial- es idéntica al masoquismo. Después que su parte principal fue trasladada afuera, sobre los objetos, en el interior permanece, como su residuo, el genuino

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

masoquismo erótico, que por una parte ha devenido un componente de la libido, pero por la otra sigue teniendo como objeto al ser propio (Freud, 1924, p. 170).

El dolor corporal ha sido considerado como uno de los elementos esenciales del masoquismo y el sadismo. Si nos dejamos llevar por la premisa de Freud, el dolor, como muchos otros fenómenos tiene la capacidad de provocar una excitación sexual, sin embargo, no todos los dolores (ni todos los sujetos) sufren esa transformación. Por ello, pensemos detenidamente en: ¿qué llamó Freud masoquismo?, y su relación con el dolor. El *Diccionario de la Real Academia Española*, lo define de dos formas. La primera se refiere a la perversión, y la segunda dice: “cualquier otra complacencia en sentirse maltratado y humillado”. Por otro lado, el *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (1967) también considera la definición, además añadir que Freud extendió el concepto de masoquismo a otros comportamientos sexuales, a la sexualidad infantil, y a un comportamiento desligado de la sexualidad que nombró masoquismo moral. Acercas del descubrimiento del masoquismo en tanto un reverso del sadismo, nos plantea Freud (1924):

Observaciones clínicas nos impusieron en su tiempo esta concepción: el masoquismo, la pulsión parcial complementaria del sadismo, ha de entenderse como una reversión [Rückwendung) del sadismo hacia el yo propio. Ahora bien, una vuelta {Wendung} de la pulsión desde el objeto hacia el yo no es en principio otra cosa que la vuelta desde el yo hacia el objeto que aquí se nos plantea como algo nuevo. El masoquismo, la vuelta de la pulsión hacia el yo propio, sería entonces, en realidad, un retroceso a una fase anterior de aquella, una regresión” (p. 53).

Para Freud, el masoquismo implica una amplia gama de experiencias que pueden relacionarse desde la búsqueda de placer a través del dolor y/o sufrimiento hasta la

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

autodestrucción. El masoquismo puede ser leído en tres términos, con economías distintas y suplementarias: “como una condición en la que está sujeta la excitación sexual, como una expresión de la naturaleza femenina y como una norma de la conducta de la vida. De acuerdo con ello, es posible distinguir un masoquismo erógeno, uno femenino y uno moral” (Freud, 1924, p. 167). En su elaboración dice que hay que discernir el masoquismo erógeno, el originario, y es en “El Problema Económico del Masoquismo” (1924) nos dice que no toda pulsión de muerte se mueve al exterior. Después que una parte de la pulsión de muerte “fue trasladada afuera, sobre los objetos, en el interior permanece, como su residuo, el genuino masoquismo erógeno...” y “en tal caso da por resultado el masoquismo secundario, que viene a añadirse al originario” (p. 170).

d. ¿Masoquismo femenino? Freud (1924) explica que el nombre *masoquismo femenino* se basa en casos clínicos extremos y asume que gran parte de las manifestaciones de la vida anímica de estos sujetos tiene un correlato de la vida infantil. Como resultado, el masoquismo femenino se encuentra estrechamente ligado al masoquismo primordial, el erógeno, por su disposición pasiva con respecto al acto sexual, ya sea entendida como el placer de la estimulación genital o el placer de recibir dolor, ya que todo radica en el gusto de ser poseído sexualmente, ser castrado o parir. En la Conferencia 33ª “La Femenidad” (1933) Freud indica lo siguiente:

La propia constitución le prescribe a la mujer sofocar su agresión, y la sociedad se lo impone; esto favorece que se plasmen en ella intensas mociones masoquistas, susceptibles de ligar eróticamente las tendencias destructivas vueltas hacia adentro. El masoquismo es entonces, como se dice, auténticamente femenino (p. 107).

Con relación a esto, sería importante destacar que las formulaciones de Freud en el texto “El problema económico del masoquismo” (1924), no tiene la intención de indagar teóricamente

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

acerca de la mujer, por lo que habría que hacer una lectura del texto de cara a lo que quiso decir con masoquismo femenino.

Soler (2006) aclara que estas premisas freudianas no apuntan a esclarecer el problema de la feminidad. Sin embargo, es comprensible que se critique el sesgo freudiano cuando para distinguir el masoquismo del erótico o el moral dice que es “la expresión del ser de la mujer” (Soler, 2006, pp. 84-85). A partir de nuestro tema de investigación, la autora nos invita a interrogarnos cómo pensar el dolor corporal crónico en la mujer más allá del masoquismo femenino. Soler (2006) remarca:

Freud se pregunta nuevamente sobre la posibilidad de asimilar pasividad y feminidad.

Concluye categóricamente: "esta concepción me parece inadecuada y no aporta nada..." y en otro momento de su obra, “nuevamente vuelve a la hipótesis del masoquismo.

Afirma otra vez que el masoquismo es femenino, puesto que "su propia constitución le prescribe a la mujer sofocar su agresión y la sociedad (p. 86).

e. Superyó. El superyó es parte de las tres instancias que Freud propone en su segunda tópica del aparato psíquico, a saber: el ello, el yo y el superyó. Se trataría de una instancia que Freud distingue del ello y del yo tanto desde el punto de vista tópico como dinámico y económico. Para motivos de nuestra discusión, enfatizaremos el punto de vista económico. Esta instancia se distingue como un sistema que consiste en dos estructuras parciales: el ideal del yo propiamente dicho y una instancia crítica (Laplanche & Pontalis, 1967). El superyó aparece predominantemente como una instancia que encarna una ley, y prohíbe su transgresión martirizando al yo y al ideal del yo, el cual actúa como su modelo. En palabras de Freud (1926) “Vemos cómo una parte del yo se opone a la otra, la juzga en forma crítica y, por así decirlo, la toma como objeto” (p. 225). La instancia del superyó, al igual que la del yo y el ello, se

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

configura en etapas muy tempranas durante el complejo de Edipo y el complejo de castración, lo que tendrá efectos diferentes en el niño y la niña. Las elaboraciones freudianas sobre la feminidad tuvieron muchas críticas incluyendo su propuesta de un superyó femenino sobre el que decía: “El superyó nunca llega a ser en ella tan inexorable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como exigimos que lo sea en el hombre” (Freud, 1925, p. 491). Mientras que en la Conferencia 33ª “La Feminidad” (1931), enuncia que el hombre joven parecería beneficiarse del análisis en contraposición con una mujer, quien le impacta su rigidez psíquica. Ante esta postura de Freud, no negaremos que las exigencias superyoica en la mujer pueden ser feroces, pero ciertamente nos encontramos en la clínica hombres con un superyó no menos feroz.

En síntesis, y con el propósito de ir abriendo un diálogo entre Freud y Lacan, podemos ir trenzando estos conceptos para así pensar el dolor con Freud y más allá de Freud, con Lacan. Farías (2016), en su lectura lacaniana de la repetición, la compulsión, masoquismo, el superyó, y la pulsión nos dice que el goce superyoico y el goce masoquista están vinculados a la pulsión de muerte, la cual puede llevar a demandas imposibles de satisfacer y exigencias infinitas de carácter inflable. Para finalizar, me adelanto a un concepto que abordaremos más adelante: el goce fálico, y es que su mención nos sirve de puente para nuestras próximas elaboraciones de Soler (2006):

¿No será más bien que el goce fálico, en sí mismo, engendra culpabilidad -en los hombres también, aunque en formas diferentes-? Como goce limitado, siempre estará en falta y dispuesto a mantener el imperativo del superyó: siempre más, aún un esfuerzo. A las nuevas posibilidades les corresponden entonces nuevos tormentos para las mujeres (p. 178).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

En las elaboraciones en torno a la compulsión a la repetición, la pulsión de muerte, y el masoquismo y el superyó, Freud creó los fundamentos para pensar acerca de lo paradójico de la satisfacción y de las economías del psiquismo humano. Lacan se servirá de esta paradoja para trabajar su concepto de goce.

C. Caso de Elisabeth von R.: Aportaciones de Freud y Lacan para Pensar el Dolor Crónico Femenino

Veamos a continuación el caso de Elisabeth von R. para dar cuenta de los entrecruces de la teoría y la clínica en este caso clásico de Freud que parte de la sintomatología en el dolor corporal pero que también nos permite ver temáticas asociadas al duelo y a lo femenino. En la presentación del caso, elaboraré algunas consideraciones generales y articularé algunos aspectos en torno a la sintomatología del dolor en el cuerpo y la dimensión subjetiva. Destacaremos primordialmente algunos aspectos que nos servirán para el análisis al poner en perspectiva el dolor corporal en el cuerpo femenino, reconociendo, a su vez, que se pueden considerar otros elementos del caso que trascienden nuestros objetivos. De modo que estaré abordando: (a) algunas consideraciones generales, (b) despliegue discursivo de los síntomas, (c) algunas interrogantes acerca del despliegue discursivo de los síntomas, el duelo y lo femenino.

1. Aspectos Generales del Historial Clínico

El cuadro clínico de Elisabeth consistía en que se quejaba de dolores en las piernas, dificultad de estar en pie, problemas en el andar, fatiga y cansancio. Para Freud se trataba de una sintomatología histérica relacionada a que, en los síntomas corporales, los afectos se mudan a sensaciones de dolor a través de las representaciones reprimidas, mecanismos de condensación y desplazamiento, tratándose así de un dolor que no pudo transformarse en dolor anímico. A continuación, veamos algunas consideraciones generales del caso:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- El padre y Elisabeth von R.: Cuando su padre enfermó, Elisabeth se mudó a su misma habitación, atendiendo a sus pedidos, quedando al cuidado de su padre en función de enfermera, y hacía lo posible por tener un alegre semblante. Su padre enfermo decía que ella sustituía a un hijo varón y a un amigo. Le decía que era impertinente y respondona. Según Freud, Elizabeth manifestaba descontento por ser mujer y se indignaba ante la idea de sacrificar en un matrimonio sus intereses musicales y la libertad.
- La madre de Elisabeth von R.: Habiendo muerto el padre, su madre había enfermado de la vista. Elisabeth había cuidado con dedicación y atención a su familia, pero el vacío que le generó la muerte del padre tuvo un efecto en ella de encontrar con fuerte anhelo un sustituto a esa pérdida, según Freud. Dos años después de la muerte del padre, Elisabeth enfermó y al año su hermana se casa alejándose de la familia.
- La hermana y Elisabeth von. R: Elisabeth rechaza el matrimonio de su hermana, sintiendo resentimiento hacia su hermana casada y por su actitud dócil en su rol de esposa. También, sentía coraje contra su cuñado pues alentó a su hermana a mudarse y no cuidar de su madre. Para ella era un doloroso desengaño que, la reconstrucción de la antigua dicha familiar, no fuera posible. Elisabeth sufría la caída de sus ideales familiares, es decir, de lo que debía ser una familia para ella.

2. Análisis de elementos discursivos

Los dolores de Elisabeth van tomando un ritmo particular, acentuándose estos en cada sesión de análisis y formando parte sustancial de su discurso. Freud (1893) da cuenta de que “con el avance del análisis las piernas dolorosas empezaron a responder, intervenir en la conversación” (pág.161). El psicoanalista identifica también el comienzo de sus dolores en una

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

ocasión que dejó solo a su padre enfermo para salir con un joven que le agradaba: "Un atardecer volvieron a salir. (...) se sintió muy cerca. (...) en otra ocasión este joven la acompañó a su casa después de una reunión social. Al volver, su padre se había agravado, prometió no volver a salir" (pág.161). A raíz de esa salida, le resultó inconciliable que su padre agravara y sustituye con su presencia la dolorosa la recaída del padre. Elisabeth asume una posición de elegida por el padre y asumiendo un papel de cuidadora y enfermera, respondiendo así a las demandas del padre enfermo. ¿Qué representó para ella dejar solo a su padre, y estar sola con un joven que le atraía? Lacan (1966) en su seminario Las formaciones del inconsciente dice:

Según Freud, en muchos casos la aparición de síntomas histéricos está vinculada con la experiencia, en si misma tan dura de entregarse devotamente al servicio de un enfermo, y desempeñar el papel de "enfermera".(..) más todavía la importancia que adquiere esta función, cuando la asume un sujeto con respecto a alguien cercano(..).Entonces todos los vínculos del afecto, incluso de la pasión, atan al sujeto a aquel a quien cuidan.(...).el sujeto se encuentra en posición de tener que satisfacer más que en ninguna otra oportunidad, lo que se puede designar cómo la demanda (p.333).

Freud pensaba que Elizabeth trataba de sustituir metafóricamente la pierna inflamada del padre con la fatiga y el cansancio de sus piernas. De tal manera, los pasos que Elisabeth no podía dar al intentar caminar parecían sustituir de algún modo los pasos no dados por su padre. Con la posibilidad de apalabrar en el discurso analítico, las "dificultades en la marcha" de sus piernas cansadas se iba trabajando la construcción de algo distinto en la metáfora sintomática. Tal vez, implicaría construir en el análisis con Freud un espacio de lo imposible de responder a la demanda paterna (Polanco, 2006).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Nos interesa particularmente, presentar algunos de los momentos en que Freud enlaza distintas escenas asociadas con impresiones dolorosas cuando: está sentada, está de pie, está parada, andar, yacer. En distintos momentos del historial se puede identificar tres ocasiones en que se repiten y se enlazan los siguientes significantes. Polanco (2006) hace un resumen de algunos de los dolores asociados con el malestar subjetivo de Elisabeth von R. y los modos en que Freud trabajó con los significantes anudados a la parte de su cuerpo dolorido:

- Del discurso de Elisabeth se desprende que estaba de pie cuando trajeron a su padre enfermo. También que estuvo de pie ante el terror de estar frente al lecho de su hermana muerta.
- Elisabeth narra a Freud que se queda como parada al estar presa de un hechizo, frente al lecho de su hermana muerta. Ante el lecho de su hermana muerta, admite a Freud que pensó que podía ser la esposa de su cuñado viudo.
- Elisabeth manifestaba dolores al caminar y al estar de pie. Estos dolores se calmaban cuando reposaba.
- Reposando rescatada en un viaje de tren, relata haberse sentido preocupada por su hermana. Comenzó a tener sensaciones dolorosas cuando se recostó.

Estas quejas repetidas serán cruciales en la elaboración de sus asociaciones porque es ahí donde Elisabeth se topa con el límite de lo decible. Las instancias en las cuales aparecen los dolores – estar de pie, quedar parada, caminar, y estar en reposo- es cuando se anudan las operaciones inconscientes y los dolores en sus piernas. Además de estos síntomas, Elisabeth padecía de cardiopatía, por vía de la herencia paterna, ¿acaso esto la unía de manera singular con su padre? Con relación a lo femenino, podríamos interrogarnos, si en su trabajo analítico ella va renunciando a la ilusión de complementariedad ante la supuesta demanda del Otro, en este caso

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

la de su padre. El caso de Elisabeth es uno donde el síntoma permite metaforizar y subjetivar el dolor a través de su historia, pero también es cierto que no todo dolor en el cuerpo es del orden de lo nombrable, ni de lo simbolizable.

El lenguaje, entonces, en tanto realidad discursiva se hace presente en los padecimientos corporales, siendo la metáfora un intento “para intentar apropiarse de ese sentir donde reina el dolor y el goce, y donde las palabras faltan al enfermo”: “cuchilladas en el estómago” o “descargas eléctricas” (Ramos & Mahé &, 2012, p. 269). Aquí Lacan avanza la invención freudiana del inconsciente, que precisamente se produjo a partir del mal que aquejaba, sin sentido, el cuerpo de la histérica. Freire de Queiroz (2012) en su artículo “Dolor y Goce: De Freud a Lacan” tomando en consideración aspectos teóricos de Freud y Lacan acerca del cuerpo, el lenguaje y el dolor, señala que uno de los retos de la clínica es hacer que “parletre” pueda simbolizar su dolor en el proceso de análisis, más allá de solo padecerlo, y concluye con la siguiente cita “el dolor, como la esfinge, debe ser descifrado para que no devore a los enfermos en sus modos de goce” (p. 863).

Llegados a este punto, hemos realizado un recorrido teórico partir de las aportaciones de Freud y Lacan que nos ha posibilitado conceptualizar el cuerpo, el dolor y la subjetividad femenina con el propósito de aproximarnos al dolor crónico a partir de la teoría psicoanalítica. Con Freud, conceptualizamos el cuerpo y dolor a través de algunas de sus obras medulares tomando en consideración conceptos centrales como el duelo, la histeria, el síntoma conversivo, la pulsión, el masoquismo y el superyó, entre otros. Con Lacan, partimos de sus giros conceptuales a partir de su lectura freudiana, para para pensar el dolor en el cuerpo. A propósito de articular en un diálogo teórico-clínico las aportaciones elaboradas de Freud y Lacan, presentamos algunos aspectos del caso de Elisabeth von R. para hacer un análisis que nos

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

permitió poner en perspectiva las temáticas centrales que orientan esta investigación del dolor corporal en la subjetividad femenina. Así pudimos integrar las aportaciones freudianas y lacanianas aplicándolas a las particularidades de historial clínico el cual presentaba manifestaciones de dolores corporales a partir de la enfermedad y la muerte de su padre. Dicho análisis, nos sirve de puente para transitar hacia las consideraciones sobre la subjetividad femenina desde la propuesta lacaniana, que elaboraremos a continuación.

D. La Femenidad y lo Femenino en el Dolor Crónico

Luego de realizar un recorrido por algunos conceptos de la obra de Freud e integrar algunas premisas y giros teóricos medulares propuestos por Jaques Lacan con el propósito de ampliar algunas consideraciones teóricas en torno al dolor corporal crónico parece pertinente, elaborar también algunas consideraciones acerca de la subjetividad femenina desde la propuesta lacaniana, particularmente del texto de Colette Soler (2006) *Lo que Lacan dijo de las mujeres*, lo que nos permitirá repensar lo elaborado por Freud. Una vez realizadas las indagaciones en torno a este eje, transitaremos hacia el análisis de los hallazgos a la luz de nuestra revisión de literatura y elaboración conceptual.

Antes de continuar, será necesario precisar las diferencias de lo que es mujer, la feminidad y lo femenino en el psicoanálisis. No hay una respuesta fija para tales conceptos pues estas varían de acuerdo con el momento histórico y el acercamiento psicoanalítico. Sin embargo, tomaremos en cuenta a Freud y a Lacan para elaborar estas precisiones.

1. Sexualidad femenina de Freud a Lacan

Desde los albores del trabajo de Freud, las mujeres han representado una pieza fundamental para su obra teórica. Su contribución tuvo importantes repercusiones en los modos de escuchar

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

sus quejas y malestares, y su recorrido le generó interrogantes acerca de la sexualidad femenina. A través de los años hizo varios esfuerzos por indagar la metamorfosis de niña a mujer; indagaciones que lo acompañaron hasta sus últimos años con los textos “Sobre la Sexualidad Femenina” (1931) y “La Femenidad” (1932). En estos trabajos reconoce los desafíos y limitaciones que representan el tema de la mujer para él, y afirma al respecto que sus hallazgos, hasta ese momento, son fragmentarios e incompletos. Junto a esa afirmación les pide a las mujeres psicoanalistas que investiguen acerca del tema para ir esclareciendo las singularidades de la sexualidad femenina. Melanie Klein, Helen Deutsch, Karen Horney, Françoise Dolto, y otras acogieron el llamado. Así también lo hizo Jaques Lacan, repensando y transformando alguna de las nociones elaboradas por Freud. En la Conferencia 33 sobre *La feminidad*, planteaba que “El psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer – una tarea de solución casi imposible para él-, sino indagar cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual” (Freud, 1932, p.108).

Según Soler (2006) en Lacan, podemos ubicar principalmente dos momentos de elaboración sobre lo femenino y la feminidad: El primero, el más freudiano, se sitúa en los años 50s, cuando produce “La significación del falo” y sus “Propósitos directivos para un congreso sobre la sexualidad femenina”. Luego vienen las tesis más manifiestamente innovadoras de los años 1972-1973, con sus seminarios: “El atolondradicho” y “Aún”.

Siguiendo a Colette Soler, en su texto “Lo que Lacan dijo de las Mujeres”, mencionaremos algunos de los giros lacanianos sobre la feminidad, lo femenino y La mujer. La autora explora las aportaciones de la pregunta formulada por Freud: “¿Qué quiere la mujer?”, distinguiéndola de la pregunta lacaniana “¿Qué quiere una mujer? La autora revisa detenidamente conceptos sobre la mujer freudiana, la ley del deseo y el deseo femenino.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Recuerda ciertos elementos propuestos por Freud que nos permiten elaborar las oposiciones y las similitudes con la obra lacaniana.

Realiza un análisis exhaustivo sobre temas relacionados con la lógica de la sexuación, la feminidad y su distinción con la histeria. Sin embargo, no estamos analizando el dolor corporal crónico femenino a partir de las fórmulas de sexuación. Por el momento, tendremos presente en torno a las fórmulas de sexuación, lado femenino y No-todo y lado masculino (Todo), unas puntuaciones de Farías (2020) quien no plantea que:

Para decirse hombre o mujer, un sujeto debe asumir su sexo, debe elegirlo inscribiéndose en función de su modo de gozar. La sexuación nos permite hablar de un proceso y sobre todo de una elección propia, de cada uno, que pone en juego una “insondable decisión del ser (p. 138).

Si bien la posición femenina y la posición masculina para el psicoanálisis, va más allá de lo anatómico del cuerpo biológico, los acontecimientos en el cuerpo femenino, en su dimensión de lo real, traen frecuentemente temáticas discursivas asociadas a la menstruación, el parto, los cambios hormonales, el sexo, y esto tiene un efecto muy particular en el discurso de las mujeres que padecen dolores crónicos. Sin embargo, estos discursos, a pesar de sus encuentros temáticos, varían en él una por una, y en cómo ese sujeto se asume ante posición subjetiva.

2. El Enigma del Goce Femenino

Soler (2006) indica que, a finales de la década de los setenta, Lacan propone distinguir entre dos tipos de goce que vendría a transformar aspectos fundamentales en esta teoría. En palabras de Lacan, acerca de los modos de goce dice que hay una: “(...) heterogeneidad radical

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

entre el goce masculino y el goce femenino” (Lacan, 1966/1967, p. 62). En cuanto al goce femenino Lacan (1972) en Soler (2006) indica:

Hay un goce de ella, de esa ella que no existe y nada significa. Hay un goce suyo del cual quizá nada sabe ella misma, a no ser que lo siente: eso sí lo sabe. Lo sabe, desde luego, cuando ocurre. No les ocurre a todas (p. 90).

La autora resalta que la propuesta de Lacan deriva de una división entre el organismo y el sujeto. Al mismo tiempo que considera que, entre el cuerpo y la psique, hay una continuidad. Entonces, cuando se habla de cuerpo también se habla de subjetividad, y viceversa, por lo que esto interroga el supuesto de la determinación anatómica de los sexos (Farías, 2010). Esta interrogante, es respondida por Lacan de la siguiente manera: el hombre y la mujer asumen posición de sujetos deseantes en el lado femenino o masculino, es desde allí que se van construyendo una posición subjetiva que articulará en formas muy distintas lo relativo al amor, al deseo y a los diferentes modos de goce. Desde ahí, entonces, la condición femenina se vive en el una por una, existiendo en la diferencia de como cada una vivencia su cuerpo, sustancia de goce.

Lacan aborda la temática del goce en “Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina” (1960), conceptualizándolo inicialmente de la siguiente manera: “la sexualidad femenina aparece como el esfuerzo de un goce envuelto en su propio contigüidad” (p. 74). El campo del goce es oscuro e inaccesible, por lo tanto, imposible. Para Soler (2006) también es esencial precisar que comparen la frontera entre la feminidad y la histeria, e indagar por qué la histeria se presta a confusión con la posición femenina y por qué es más frecuente en las mujeres. Acerca de esto, la autora dice que:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La feminidad implica la relación con el Otro, el hombre, para realizarse como síntoma. Que ella acentúe el "hacer gozar", como acabo de decir, no excluye el "hacer desear" que es condición del primero. Por eso, me parece, se acentúa el nudo histérico en las mujeres (p. 30).

Farías (2010) por otra parte, resalta que la historia de las mujeres está entretejida de personajes que, con sus palabras y miradas, permiten ir construyendo una identidad (Alderete de Weskamp, 2005 en Farías, 2010): abuelas, madres, hijas, hermanas, amigas. Algunas mujeres tienen la necesidad de ser reconocidas por la mirada, no solamente de hombres sino también de mujeres. Entre esas mujeres, la figura materna va a dar la posibilidad de identificarse con ciertos rasgos femeninos, y quien con su mirada y su voz va a ir dando cuerpo de mujer.

La pregunta por la feminidad y sus escollos se responde en parte con las respuestas que provee la vía de las identificaciones ofertadas por el Otro. Por ejemplo, el discurso médico, brinda la posibilidad de una identidad por la vía del diagnóstico, la cual viene acompañada de una falacia. Entonces habría que interrogar que implica para el sujeto femenino la nominación que brinda un diagnóstico cuando dice: "yo soy fibromiálgica", porque se puede estar jugando ahí la identificación narcisista que responde a un goce de sentido, un goce Otro, un goce suplementario, más allá del lenguaje, y que se siente en el cuerpo porque está anudado a este. ¿Cómo pensar el goce Otro en el dolor corporal crónico femenino? ¿Qué efectos tiene para la clínica psicoanalítica?

Si bien no hay un significante que represente a "La mujer", es decir uno que represente a todas por igual, sí hay significantes que "entretujan" a las mujeres. Por ejemplo, hay identificaciones relacionadas a una figura materna, que posibilitan identificar a una mujer con otra mujer, a partir de cierto rasgo. Una mujer que se va construyendo, no tiene una sola

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

identificación, sino que tiene identificaciones que develan la imposibilidad de definir un modelo femenino (Farías, 2010). Esto ocurre porque algunas mujeres tienen acceso a un goce Otro, suplementario o femenino que va más allá del Uno fálico, el cual opera bajo una lógica universal.

Y es desde ahí, que se elaborará el análisis discursivo del dolor corporal crónico plasmado en la escritura de sujetos femeninos que se identifican como mujeres que padecen de dolores corporales crónicos. Este análisis no tiene como objetivo hacer una “generalización” de las temáticas emergentes, por el contrario, esta tarea más bien consiste en un análisis discursivo a través de significantes y metáforas en torno a la experiencia del dolor corporal crónico femenino. Estas temáticas solo se pueden construir, a través de la singularidad, de una por una en sus escritos. Dar cuenta de estas “coincidencias” en los temas que pudiesen emerger de los textos, nos invita a recordar algunas temáticas que trascienden las épocas como el dolor, el amor, el deseo, la intensidad, el quiebre, el desborde, lo traumático, la fijación, la repetición, la falta, el vacío. Las mujeres entretejidas y atravesadas por lo femenino, y al mismo tiempo, una por una por una in-corporada en su ser, en su palabra, en su devenir, en sus malestares subjetivos, en su dolor.

Nuestro análisis propone acercarse a algunas pistas lacanianas en torno a la feminidad y lo femenino para perfilar mejor las aristas teóricas y clínicas del dolor crónico. Durante los inicios de la obra de Lacan, ambos conceptos también estuvieron estrechamente vinculados, sin embargo, eso fue girando radicalmente con las fórmulas de sexuación, en donde distingue los conceptos y habla de lo femenino como “un espacio que tiene tres atributos: el vacío, la ausencia de referentes, y un goce que excede al límite” (Rovere, 2019, p. 107). También, se tomará en cuenta en esta parte del análisis, ponderar sobre la distinción entre histeria y lo femenino tomando en cuenta las precisiones teóricas de Lacan al respecto. Nos dice la autora que Lacan

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

durante su conferencia sobre Joyce hace una precisión entre la posición histérica y la de la mujer: “Una mujer, dice, se especifica por ser un síntoma (...) No es el caso de la histérica que se caracteriza por “interesarse en el síntoma del Otro” (p. 78). ¿Qué implicaciones tendría esto para abordar el dolor en el trabajo clínico con sujetos femeninos?

Durante el recorrido realizado en este capítulo, intentamos elaborar algunas claves teóricas para pensar el dolor crónico y la fibromialgia en sujetos femeninos. Estas claves ponen en perspectiva algunas de las elaboraciones medulares de Sigmund Freud que nos permiten pensar el cuerpo, el dolor y la feminidad, tomando en cuenta la lectura freudiana de Jacques Lacan y sus giros teóricos. Para aproximarnos a los escritos que analizaremos discursivamente en el próximo capítulo sostenemos que es indispensable considerar la distinción teórica entre histeria y feminidad para pensar la dimensión subjetiva del dolor crónico en el sujeto femenino.

Concluimos con algunas interrogantes que nos sirven de transición hacia nuestro análisis discursivo de los hallazgos: ¿Cuáles son las posibles vías por las cuales el dolor crónico se despliega en la subjetividad femenina? ¿Qué aportaciones pudiesen brindarnos el análisis discursivo de los escritos acerca del dolor crónico femenino para la clínica y la ética psicoanalítica de la época contemporánea? ¿Cómo contribuye el psicoanálisis a pensar la clínica del dolor crónico en sujetos femeninos?

Capítulo III Análisis de los Hallazgos

En este tercer tiempo de la disertación, se abordan las temáticas discursivas en torno a la dimensión subjetiva del dolor crónico femenino a partir del análisis de discurso lacaniano propuesto por Ian Parker (2013). Dicho análisis se realizará a la luz del marco teórico psicoanalítico elaborado en el capítulo dos, tomando así en consideración varios ejes temáticos que posibilitarán pensar los modos en que se trenzan el dolor crónico y la subjetividad femenina. El análisis realizado giró en torno a como se entrelazan los ejes temáticos: dolor, cuerpo, la mujer y lo femenino en la teoría psicoanalítica. Estos ejes temáticos, a su vez, fueron orientados por los siguientes ejes teóricos-conceptuales: síntoma, histeria, pulsión, goce y duelo.

Este análisis contribuye a considerar las pistas que podrían brindar los discursos de los sujetos femeninos que padecen dolor crónico, y ponderarlo más allá de la histeria en tanto despliegue sintomático o estructura clínica. Como abordado en el capítulo uno, nos orientan varias preguntas: ¿Qué lugar y función ocupa el dolor crónico en la dimensión subjetiva femenina desde la teoría psicoanalítica? ¿Qué aportes brinda la escritura de estas mujeres en cuanto a la constitución del sujeto femenino y su padecimiento del dolor crónico? ¿Qué elementos del discurso de la dimensión subjetiva femenina se presentan a través de la vía de la escritura del *blog* en tanto forma de tramitar sus malestares? ¿Cómo pensar el quehacer clínico desde la teoría psicoanalítica con sujetos femeninos que padecen dolor crónico tomando en cuenta los discursos emergentes en las sociedades contemporáneas (ej. capitalismo y nuevas tecnologías)? También, se atenderá la distinción de histeria y feminidad: ¿cómo mirar más allá de la histeria cuando un cuerpo “habla” con su dolor? Enfatizamos que nuestra lectura no ha sido en términos de casos de sujetos femeninos que escriben *blogs* sobre su dolor. No analizaremos

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

entonces a los sujetos que escriben. En cambio, el material discursivo analizado fue mirado como un texto discursivo que da cuenta, a su vez, de lo singular y lo particular de la experiencia del dolor, más allá de los temas universales del dolor que puedan emerger.

Para llevar a cabo el análisis de los *blogs* Parker (2013) sugiere que más allá de hacer una interpretación de los discursos, se alude a interrogarlos a partir del marco teórico-conceptual. Los ejes de análisis sugeridos para llevar a cabo la metodología fueron las siguientes (Young, Parker y Cuellar, 2013): (a) Posición subjetiva: este elemento de análisis está centrado en las posiciones subjetivas que se estructuran a partir de preguntas en torno a saber acerca de su dolor, su cuerpo o su historia; (b) Significantes amos: identificar significantes amos que estén asociados a discursos de la medicina, la psicología, la psiquiatría, u otros que sostengan un decir acerca del dolor (c) Significantes y metáforas: analizar significantes recurrentes y metáforas que den cuenta de su dolor en el cuerpo; (d) Posición de la investigadora: documentar la relación que el investigador establece con el texto pensándolo desde su posicionamiento ético desde el psicoanálisis. Este elemento se abordó a través de la formulación de preguntas que hace la investigadora desde un posicionamiento teórico psicoanalítico durante el análisis de los textos escritos utilizados para la investigación.

A. Perfil de los *Blogs* Analizados

Los *blogs* fueron buscados e identificados en la red global, mejor conocida como la “*World Wide Web*” y a través del Internet. Se usaron palabras y frases claves como “dolor crónico femenino” “dolor corporal mujer”, entre otros, para la búsqueda, identificación y recopilación de los *blogs*. El nombre del *blog* y su fuente se utilizará en anonimato en todo momento para proteger la identidad de los sujetos que escribieron en los *blogs* seleccionados. Los *blogs* son escritos en primera persona, a modo de diario y su tema principal es la experiencia

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

del dolor crónico asociados a la fibromialgia y otros diagnósticos (ej. Síndrome de dolor regional complejo). Un aspecto para destacar es que la mayor parte de los *blogs* recopilados para el análisis fueron de fibromialgia, porque es el tema del que más se escribe según lo que se constató al momento de la búsqueda.

Para la recopilación de los datos, los criterios de inclusión para seleccionar los *blogs* fueron los siguientes: (a) que el contenido estuviese asociado a dolor crónico femenino y escritos en el idioma español, (b) que estuviese escrito por sujetos que se identifiquen con el género femenino, (c) y que proviniese de una plataforma digital de acceso público. Siguiendo estos parámetros de inclusión, se recopilaron 20 *blogs* aproximadamente, cuyo origen eran de España, Puerto Rico y otros países latinoamericanos, de plataformas como *Blogger*, *Wordpress* y *Facebook*. Finalmente, luego de la depuración siete *blogs* cumplieron con los requisitos de inclusión para llevar a cabo la investigación. Por último, un aspecto a destacar es que no se incluyeron *blogs* de *Facebook* por ser una plataforma de acceso no totalmente público, debido a que se debe integrar una contraseña para acceder a la información.

B. Alcances de la nominación: Discurso #1

Entre los hallazgos de esta investigación, la temática discursiva acerca de cómo nombrar el dolor que se padece, o qué significa ese dolor, se pudo constatar en cada uno de *blogs* analizados. Algunos de estos intentos de ponerle palabras a lo que significa el dolor, están acompañados de definiciones provenientes de discursos oficiales y hegemónicos como, por ejemplo, la definición de dolor crónico de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional del Dolor. Del mismo modo, también se constataron otros fragmentos que dan cuenta de un decir de corte más subjetivo, por ejemplo, haciendo uso de la palabra poética. Asimismo, entre los hallazgos se pudo notar que frecuentemente no había una distinción precisa

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

entre sufrimiento y dolor, utilizándose estas como sinónimo la mayoría de las veces. Veamos algunos fragmentos en los que son apalabrados los intentos de escribir qué es dolor crónico:

Este no posee ninguna función protectora o de alarma. Según diferentes autores el dolor es crónico cuando supera los 3 o 6 meses de duración, sea de un origen u otro. Hoy en día se considera más una enfermedad que un síntoma ya que además va acompañada de muchos síntomas psicológicos. (B3)

El sufrimiento sin sentido tiene que desaparecer en la época actual. Hay un derecho humano a aliviar el dolor, y para ello se necesita más profesionales involucrados, una adecuada política sanitaria, innovación e investigación. Únete a nosotros con la palabra y difusión de una enfermedad silenciosa que se llama “dolor crónico”. (B1)

En los fragmentos discursivos presentados se destacan algunos significantes que predominan en el discurso médico, como lo son: “duración”, “síntoma” y “enfermedad”. Acerca del hacer uso del discurso médico como recurso para poder decir algo acerca del dolor, Vilá (2011) sostiene que “un dolor cuyas causas no se revelan en el organismo, la función simbólica de la palabra y el saber del médico ofrecen cierto amparo al sinsentido” (p. 12). Esa función simbólica se constató en el uso del diagnóstico para poder nombrar un dolor – que insiste y persiste – y que trastoca la vida del sujeto de muchos modos. De ese modo el discurso médico sirve como referente para legitimar y articular un discurso del dolor que, me genera preguntas: ¿Qué queda fijado o coagulado en un discurso de un sujeto que padece cuando le intenta dar sentido a su dolencia *solo* desde lo que provee el orden médico? ¿Qué posición asume el sujeto ante un discurso médico que figura como discurso amo? ¿Qué posición ética asume el psicoanálisis ante este desafío y el límite del saber del discurso médico – más allá de una categoría diagnóstica?

En torno al discurso, Soler (2015) aclara que un discurso no es el hablar, sino que en tanto hace posible el lazo social, indica las modalidades típicas establecidas vía el lenguaje, de

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

las relaciones entre los individuos que han emergido en nuestro devenir histórico. En ese sentido, es fundamental tomar en cuenta los significantes que provee cada época, pues estos ordenan los modos en que se articulan los discursos, y en particular el discurso médico que por sus principios de universalización y generalización construyen definiciones “*one size fits all*”. He aquí dos interrogantes que al respecto en las cuales se identificaron cuestionamientos acerca de esta pretensión de universalidad:

¿Qué es lo que tiene el dolor que se trata de tantas maneras diferentes? O, dicho de otra manera, ¿Por qué tantos dolores diferentes se tratan de la misma manera? (B3)

Llegados a este punto, quizás sea importante retomar que en la revisión de literatura uno de los hallazgos fue que la definición de dolor crónico estuvo en revisión por muchos años, en parte porque uno de los problemas fundamentales de esta es que no estaba muy claro cómo abordar subjetivamente el dolor crónico. Como resultado de esta revisión, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2020) define dolor crónico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” incluyendo los siguientes aspectos: (1) El dolor siempre es subjetivo. Cada persona aprende a través de experiencias en su vida temprana como expresar su dolor. (2) Se experimenta en el cuerpo, pero también es una experiencia emocional. (3) Muchas personas informan dolor en ausencia de causas fisiológica; y por lo general, esto puede deberse a razones psicológicas. Estos cambios son importantes destacarlos porque además de la dimensión fisiológica del dolor, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2020) enfatiza en la importancia de la dimensión subjetiva de este (lenguaje, cultura, género, entre otros). Si bien ha habido un intento por parte de las organizaciones internacionales y nacionales por crear un espacio para lo subjetivo del dolor, la revisión de literatura constató que los tratamientos para las personas con

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

dolor crónico continúan sin tomar la cuenta la singularidad y particular de cada sujeto que lo padece. Entonces, ¿realmente hay un espacio para la subjetividad en torno el dolor crónico? ¿Qué significa “el dolor siempre es subjetivo” para el campo de la medicina? ¿Qué es lo subjetivo para el lenguaje médico y que efectos tiene su discurso en la práctica clínica? ¿Dónde queda la singularidad en estas definiciones?

En contraste con los fragmentos mencionados en la primera parte de esta temática discursiva, las siguientes expresiones escritas, dan cuenta de otros modos de apalabrar acerca del dolor:

N. (mi psicóloga) en la terapia grupal nos mandó un ejercicio de imaginación y nos dijo que identificáramos al dolor con algo o alguien. Muchos años lo he asociado con un viejo decrepito, malvado, de rasgos puntiagudos, cortantes. (B1)

A los pocos segundos, mientras abría los ojos a la poca luz de su habitación, su enemigo apareció inmovilizándole las piernas. Apenas sin moverse, notaba pinchazos alrededor de sus tobillos y descargas eléctricas por sus muslos. Era otra mañana que huía de él. Sabía que no la dejaría y volvería a convertirla en su rehén. Pero en lo que quedaba del día, la ganadora era ella. Su enemigo, el Dolor, se había topado con una dura rival. (B7)

En los fragmentos anteriores, se puede apreciar la divergencia con los discursos que fueron presentados al inicio de este apartado, ya que en los que fueron presentados inicialmente se puede atisbar un uso de significantes que oferta el discurso médico para intentar dar cuenta qué significa aquello que acontece en el cuerpo como un dolor que insiste y persiste generando malestar: “enfermedad”, “duración” “dolor crónico”, “aliviar es un derecho humano”. Esto contrasta con el uso de la metáfora, pero también de la fantasía para intentar cernir algo de esa intensidad. Así, por ejemplo, en uno de estos, el dolor parecería tomar una forma humana masculina descrita con adjetivos que denotan desagrado, mientras que el fragmento que le sigue el dolor toma forma de “enemigo” y “rival”. ¿Qué diferencias implicarían en el quehacer clínico el uso de otros discursos, más allá del discurso de la medicina, para dar cuenta del dolor crónico?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

En los escritos analizados quedó constatado algo que se perfila en la clínica del dolor, y es que muchas veces ambos discursos se entrelazan, a veces generando preguntas y otras petrificando al sujeto en su dolor.

Tubert (2010) argumenta que el malestar femenino en la cultura incide en la relación de las mujeres con su cuerpo, el cual se convierte en escenario de sus malestares subjetivos que podrían manifestarse en dolores corporales crónicos. La historia de la relación del sujeto con su cuerpo se remonta en gran medida a su nacimiento y a las marcas e inscripciones de lo vivido. El infante apenas haciendo su entrada al mundo del lenguaje y la cultura, está a la merced de las figuras parentales cuya intervención será crucial en el porvenir estructural del sujeto. Así también, el acto de nacer sexuado y mortal implica marcas inherentes que tendrán efectos pivotaes en cómo sostener un cuerpo. Con lo anterior, se quiere resaltar los límites inherentes que impone la existencia humana, pues en primer lugar llega al mundo con un cuerpo sexuado marcado por la anatomía, que no elige y que no determina, pero que lo implicará simbólicamente, y en segundo lugar, su existencia tendrá fecha de caducidad. Estos dos aspectos marcan una falta constitutiva, o en palabras de Lacan una falta-en-ser:

Resulta evidente, pues, que la falta opera también en el Otro en el cual el sujeto busca completarse. Y es así como el sujeto está marcado por lo que Lacan nombra la «falta en ser» o «falta a ser», lo cual denota que al postularse como que es, el humano no hace más que perseguir la sombra de lo que nunca podrá llegar a ser. Esto desbanca la posibilidad de que la noción de sujeto manejada por Lacan pueda confundirse con un ente o una sustancia (Pérez Aguilar, 2010, p. 48).

Acompañado de esos límites, el sujeto se irá haciendo de un cuerpo a partir de las memorias e inscripciones que permanecen como huellas primarias de las intensidades, y a pesar

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

de no ser recordadas, no dejan de tener efectos en los sujetos a través de toda su vida. ¿Qué implicaciones tiene eso para la clínica del dolor crónico? ¿Cómo se juegan asuntos relacionados al papel que juega el saber y la posición subjetiva ante el dolor que se padece? ¿Qué lugar juega la nominación en el diagnóstico del dolor crónico? ¿El dolor siempre es del orden de lo nombrable?

C. La Función del Dolor: Discurso #2

Una temática discursiva que se constata en la narrativa escrita es aquella relacionada al dolor por la vía del síntoma, y su dimensión económica. Los hallazgos acerca de los modos en que la economía psíquica y el beneficio secundario del síntoma se trenzan son diversos, atenuándose con lo particular y lo singular de cada discurso. La función del dolor es una temática que demuestra ser recurrente a través de los escritos, se despliega de formas muy distintivas dando cuenta de que, incluso, en un “mismo padecer”. No obstante, no se tienen ni las mismas ganancias, ni las mismas pérdidas. En ese sentido, universalizar la función del dolor implicaría borrar la dimensión subjetiva de aquel que padece su dolor. Veamos a continuación un fragmento en el cual se puede apreciar este discurso:

...ya he explicado aquí que a diario he de resolver la ecuación vida/ dolor y que antes de realizar alguna actividad extra a mi rutina me lo pienso mucho y hasta me da algo de miedo. Podría haberme quedado en casa, pero no lo hice y ahora la vida me cobra un impuesto alto. No sé mucho de Economía, aunque tuve una asignatura en Derecho, pero en mi cuaderno me da resultado positivo, a pesar de los costes, impuestos y estipendios y del maldito dolor que me vuelve loca... (B1)

En las crisis de dolor que he tenido las palabras: coste y beneficio me ahogaban, porque sería estúpido el sufrir más si no ha merecido la pena el gasto, ¿no? Sin embargo, te llegas a arrepentir del precio pagado, maldices el no haberte organizado mejor, pero en la vida hay coches en los que te subes o no. (B1)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Los significantes y las metáforas utilizadas en los fragmentos anteriores, los cuales pertenecen a un mismo *blog*, corresponden a aquellos que oferta el discurso capitalista, produciendo el efecto de apalabrar sobre el dolor en términos subjetivos con lo que pudiésemos llamar una cadena de significantes amos (Parker, 2013) que, interesadamente, intentan contabilizar la experiencia del dolor: “ecuación”, “extra” “cobra” “impuesto alto”, “resultado positivo” “estipendios”, “gasto” “precio pagado”. ¿Este discurso alude a la economía de la satisfacción pulsional del significante en el cuerpo en donde se da el entrecruzamiento de lo simbólico y lo real, y lo que Lacan denominó el goce? Si partimos de esa conceptualización, la satisfacción de ese cuerpo queda bajo la operación del significante, la cual siempre operará más allá del principio del placer. De ahí, que pudiésemos interrogar ese discurso en torno a la funciona fálica del goce en tanto hay un “resultado positivo” a pesar del dolor. Esto último también nos lleva a pensar, además, en las ganancias “extras” del dolor y en lo que Lacan nombró *plus de gozar*. Carmen Gallano (1986) nos dice de ese anudamiento de los síntomas y el discurso:

Los síntomas de conversión que permiten leer los significantes del Otro que lo recortan enigmáticamente como un saber en el cuerpo, son hoy menos frecuentes que en los tiempos de los síntomas de conversión freudianos. El cuerpo de la histérica ya no es un cuerpo-teatro, representación, con un guion, texto enigmático a descifrar. [...] Hoy vemos igualmente florecer síntomas de conversión, pero sin conexión al sentido en la asociación libre; son “sentido-gozado” en su sinsentido, marcas del significante Amo, traumáticas, que no se empalman con el saber del inconsciente [...]. Eso, porque el lazo social con el saber está roto en el discurso capitalista, y las histéricas presentan hoy cada

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

vez más sus síntomas de conversión obturados por las respuestas de los médicos, sin que abran una falla en el saber [...] (p. 114).

Esto de algún modo permite entrever, los diversos modos en que la histeria se manifiesta en la época contemporánea, como el tema que nos atañe - dolores crónicos, fibromialgia y otros- atisbándose así un cierto desgaste e la palabra, o la imposibilidad de nombrar un dolor más allá del discurso médico.

En contraste a los fragmentos expuestos anteriormente, presento otro modo de articulación del discurso en torno a aspectos de la economía psíquica del dolor:

Mi tiempo ha cambiado, mi rutina también, como dije: mi mundo se volvió del revés, pero ahora soy consciente de lo que es realmente importante, de las prioridades que tenía y que tengo, estaba en una dinámica que no era buena para mí y ahora, gracias a mi lesión, estoy haciendo repaso, balance y estoy reconciliándome conmigo. Mis dolores serán una pesadez y un fastidio diario, pero gracias a ellos ahora me he encontrado. (B6)

En el fragmento anterior nos encontramos con otras maneras de articular el discurso relacionado a las ganancias o los beneficios secundarios de los síntomas. Los significantes y las metáforas que sirven de anclaje para este discurso se diferencian significativamente del anterior, y son similares en que dan cuenta de algo sobre la dimensión económica del dolor como síntoma corporal. Por ejemplo, dar “gracias” a un dolor o enfermedad que a la vez representa “una pesadez y fastidio diario”, sugieren una posición subjetiva distinta a la posición que sugiere esta otra manera de enunciarlo: “En las crisis de dolor que he tenido, las palabras: “coste y beneficio me ahogaban” (B1). En términos discursivos no sería lo mismo algo que “pesa” y “fastidia” a algo que tiene un” coste” y un “beneficio” que “ahoga”.

Un aspecto ausente en los *blogs* analizados hasta el momento ha sido el interrogarse esas ganancias y pérdidas, y la implicación subjetiva que dicha naturaleza económica conlleva. Ante la ausencia de esa interrogante, en algunos *blogs* se interpone la presunción de un saber hacer

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

con el dolor crónico: “Para bien o para mal, tenemos que convivir el uno con el otro y, sinceramente, revolverme contra él no funciona. De hecho, el convivir con el dolor me ha hecho replantearme muchas cosas y cambiarlas también ” (B7). Como dicho anteriormente, el convivir con dolor crónico tiene efectos indudables en el sujeto por lo que interrogar ¿qué es lo que no funciona cuando se asume en la posición de “re-volver-me” contra él? ¿Qué cosas son las que cambian al con-vivir con el dolor? ¿Qué representa con-vivir con el dolor “para bien o para mal” para el sujeto? Ambertín (2012) sostiene que:

La verdad perseguida en el saber que se despliega desde los síntomas solo revela la verdad del sujeto porque muestra la estofa con la que este se construye y, también, la que puede provocar su disolución. En última instancia: la trama de enredos que produce el significante y aquello que lo excede, lo real (p. 87-88).

Ambertín (2012) nos advierte sobre la dualidad del síntoma: por un lado, en la obra freudiana el lugar el síntoma se destaca como “formación” y como satisfacción pulsional, la cual que conspira contra la primera, y más adelante Lacan demuestra también la dualidad del síntoma como “envoltura formal” y su reverso, el goce. Este carácter económico del síntoma nos invita a cuestionar qué es lo que enmascara en su dualidad – su vinculación, por un lado, con el deseo y por otra, con la insatisfacción, mientras que la pulsión que insiste y persiste, no deja de batallar para alcanzar una satisfacción pulsional. Lacan dice acerca del síntoma: “es el retorno, vía sustitución significativa, de lo que está en el extremo de la pulsión como su meta” (Lacan, 1960, p. 136). Entonces, ¿cómo se podría plantear el cuerpo simbólico en relación con el síntoma histérico? ¿Qué lugar tendría el dolor en esa relación? ¿Un síntoma? ¿Un resto que escapa a lo tramitable? Algunos autores destacan la aparición del cuerpo simbólico en relación con el

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

síntoma histérico, más allá del plano de la anatomía imaginaria. Florencia Farías (2010) refiere que:

Los jeroglíficos del cuerpo nos encaminan al mecanismo somático que es central en la sintomatología histérica (...). La histeria en sus síntomas corporales nos muestra que el cuerpo es el lugar del Otro. Es la estructura del lenguaje la que viene a recortar el cuerpo y a constituirlo como tal. Y el síntoma histérico es una metáfora de cómo el cuerpo está atrapado por el lenguaje, cernido con una marca significante (...). La histérica está enferma de reminiscencias, es decir, lo que realmente ha enfermado en ella no es su cuerpo, sino que los síntomas corporales son metáforas de un sufrimiento que tiene que ver con la palabra y el recuerdo (p. 120).

En el capítulo 2 se trabajó la temática en la que Freud deja aclarado que el dolor no es una pulsión, y más adelante con Evans (1996) se trabajó con la lectura lacaniana de Freud que el síntoma es una manifestación subjetiva que se expresa en la dimensión real del cuerpo, y eso es condición para las modalidades de goce (Mahé & Ramos, 2012). De ahí, que la pulsión que se fija en lo real del cuerpo siempre anuda a lo simbólico e imaginario. La pulsión siempre resultará, repetitiva, parcial y paradójica, comprometiendo al cuerpo a un entramado entre la pulsión de muerte y el goce, lo que remite a la satisfacción pulsional. Nos dice Lacan (1974) acerca del síntoma: “defino el síntoma como el modo en que cada uno tiene de gozar del inconsciente en tanto el inconsciente lo determina” (p. 96). Ahora, bien si a partir de estos discursos, interrogamos más allá del síntoma conversivo, podríamos formular preguntas clínicas que aludan a asuntos estructurales y a la posición subjetiva, y es lo que intentaremos sostener en los próximos análisis de este estudio.

D. El Dolor y la Repetición: Discurso # 3

1. *Dolor como Laberinto*

Y ahora estoy en el laberinto. Intento ser más realista y voy conociendo mejor mi cuerpo. Sin embargo, a veces me siento atrapada, buscando la salida intentando hacer cosas sin atender al dolor. Vamos que quiero darle esquinazo. Y él siempre, siempre me termina encontrando. ¡Sorpresa! y entonces me viene la crisis (situación en la que sube el pico de dolor y no es divertida) Pero digo que estoy en un laberinto porque incluso los días que no salgo, o me "cuido" más: me vienen crisis. ¿Por qué? (B1)

En este fragmento aparecen significantes y frases como “laberinto” “cuerpo” “atrapada” “buscando salida” “darle un esquinazo” “crisis” “días que no salgo”, “me cuido más” “me viene la crisis” y por último se abre un espacio para la pregunta “¿por qué?”. Según la *Real Academia Española* la palabra “laberinto”, proveniente del griego labýrinthos, y del latín labyrinthus, y significa: “lugar formado artificiosamente por calles y encrucijadas, para confundir a quien se adentre en él, de modo que no pueda acertar con la salida.” Si analizamos “laberinto” en un sentido metafórico, a partir de cómo se define podríamos preguntarnos ¿qué calles y encrucijadas no tendrían salida, incluso cuando se “es más realista”, se va “conociendo mejor” su “cuerpo” o “me cuido más”? Ese significante “más” también sería importante interrogarlo, porque donde hay un “más”, suele haber un “menos”, que cuenta diferente para cada sujeto con dolor crónico. En relación con el significante “cuerpo” sería primordial hacerse la pregunta ¿qué sería para un sujeto femenino que padece dolor crónico “conocer mejor” su “cuerpo”? Dicha interrogante, me parece fundamental en el quehacer clínico porque en el discurso de la psiquiatría y la psicología de corte tradicional, frases como “conocerse a sí mismo” y “conocer el propio cuerpo”, operan como máximas, que no se suelen cuestionarse, sino que son una meta para alcanzar una vida saludable y plena ¿Y qué es eso de una vida saludable y plena? ¿Una vida con el dominio y conocimiento total de nuestro cuerpo? ¿Acaso eso es posible? ¿Son equivalente el sujeto del

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

conocimiento y el sujeto del saber? Ciertamente, el de-velar o des-cubrir asuntos de nosotros mismos podrían abrir la posibilidad de, una pregunta sobre el deseo, crear las condiciones para un movimiento subjetivo, pero eso, desde el psicoanálisis no es un saber a priori. Además, el des-en- mascarar los síntomas que se fijan con dolor en el cuerpo también puede generar inquietud, malestar y sufrimiento.

Otro aspecto para considerar en el fragmento anterior es la repetición del dolor ante lo que podríamos preguntarnos: ¿qué se repite al retornar siempre al “laberinto” donde se siente “atrapada”? ¿Un dolor que siempre la “termina encontrando” es una “sorpresa”? La repetición y su carácter compulsivo se presentan como un cataclismo que irrumpe en la vida del sujeto. ¿Se trata de una repetición de lo traumático? ¿Ese que tiene se encuentra en las profundidades del inconsciente con un potencial enigmático, descentrado y excesivo y que no para de insistir? El inconsciente no es solo memoria sino fenómeno, o sea, discontinuidad, y por ello temporalidad. En este mismo *blog*, se desprenden discursos acerca de lo que se genera por el dolor crónico en tanto un padecer “físico” y “emocional”:

Y mucho dolor físico y emocional que me ha carcomido las fuerzas, el espíritu y la psique desarrollando conductas autodestructivas como los atracones o volver a fumar.
(B1)

De este discurso, surge el siguiente hilo discursivo: “mucho”, “dolor físico y emocional” “me ha carcomido” “fuerzas” “espíritu”, “psique” “conductas autodestructivas” “atracones o volver a fumar”. De este hilo destacaremos, por el momento, “conductas autodestructivas” y “atracones o volver a fumar”. Si el dolor crónico es abordado desde la lógica del síntoma histérico, en tanto cuerpo erógeno, habría que preguntarse: ¿qué significante se generan a partir del síntoma? ¿Qué goce se genera a partir de la pulsión de muerte y la satisfacción pulsional? ¿Qué lugar darle aquí a la compulsión a la repetición y lo que no deja de insistir?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Desde una lectura lacaniana de la segunda tópica en Freud- El Ello, el y el Superyó- todo síntoma implica un modo de goce, pues este viene a situarse en la vida del sujeto ocupando un lugar vía la “formación de compromiso”, y es ahí -en la satisfacción paradójica que distingue al goce – “donde ha de buscarse el principio causal de la fijación” (Ambertín, 2012, p. 59). Si pensamos el dolor por la vía del síntoma, entonces es importante resaltar en este punto que la formación de compromiso del síntoma resulta de un conflicto entre la lucha entre la satisfacción pulsional vs. el saber no sabido del inconsciente. En la segunda tópica, conviene hacerse una interrogante acerca de ese carácter enigmático del síntoma: ¿un síntoma siempre genera una pregunta? ¿Cuáles son las modalidades de goce que un sujeto femenino con dolor corporal crónico puede generar? No existe una sola respuesta para ello. Esto dependerá en gran parte de la historia de ese sujeto, su posición subjetiva, entre otros.

2. Dolor como Círculo Vicioso

Otras de las metáforas utilizadas fueron aquellas que daban cuenta de un dolor como “círculo vicioso” haciendo alusión también a la compulsión de repetición. Veamos a continuación algunos de estos discursos, escritos en dos *blogs*:

La relación en la fibromialgia del dolor y las emociones negativas (depresión, ansiedad, tristeza, culpa) tiene la particularidad de ser circular, es decir, tener dolor crónico provoca malestar psicológico y deteriora la calidad de vida del enfermo; y a su vez, las emociones displacenteras pueden generar o incrementar el dolor...es un círculo vicioso del que a veces resulta muy complicado escapar. (B6)

Además de todos los cambios que trae a nuestra vida el tener dolor crónico, hay algo que descubrí hace años; y es que el dolor provoca más dolor; sí, el dolor crónico provoca más dolor, esto es, cuando te duele adoptas la postura más cómoda para sobrellevar el dolor, aprietas la espalda, la encorvas, pisas de determinada manera. Y estas posturas forzadas mantenidas en el tiempo acaban convirtiéndose en contracturas musculares, que incrementan el nivel de dolor. La adaptación postural al dolor provoca más dolor, es un círculo vicioso difícil de romper. (B6)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Los primeros dos fragmentos fueron escritos en un mismo *blog*, y lo menciono porque como he dicho antes, en nuestro análisis no se trata de estudiar los *blogs* como si fueran sujetos o casos de estudios, sino como referentes discursivos que un sujeto despliega en sus esfuerzos de dar cuenta, de nombrar, de tramitar y de transmitir algo de esa vivencia de dolor cuya intensidad escapa justamente al orden del lenguaje y la palabra. No obstante, es fundamental para algunas partes de este análisis dar cuenta de los algunos hilos discursivos de un solo *blog*. Hilos que, a veces, se entretujan con cierta lógica particular acerca del dolor y lo cual nos ayudará a pensar más rigurosamente la importancia de la dimensión subjetiva del dolor corporal. Habiendo dejado ese aspecto aclarado, destacaré algunos significantes y frases del segundo fragmento: “dolor”, “postura”, “postura forzada”, “adaptación postural” “círculo vicioso difícil de romper”. Se pudiesen tomar en cuenta otros significantes, pero utilizaremos estos para delimitar nuestro análisis. ¿Qué pensar sobre la postura asumida ante el dolor? ¿Postura que, según su discurso es “forzada” y “para la adaptación”? Si pensamos el cuerpo en términos subjetivos, y como algo que no está separado de la psiquis, ¿cuál postura sería “difícil de romper” en ese “círculo vicioso” y de la cuál “resulta muy complicado escapar?” ¿Cómo no pensar aquí las modalidades de goce que a la vez que agobian también aportan una satisfacción al sujeto?

Otros discursos que apunta a los excesos del dolor crónico en el cuerpo:

Es difícil tener fibromialgia, pero más difícil aún es no dejar que las emociones negativas lideren ese proceso, puesto que no hacen más que hundirte en un círculo vicioso sin fin. (B4)

La situación del enfermo entra en una espiral retroalimentada por los propios síntomas: dolor, problemas para conciliar el sueño, insomnio, falta de descanso, problemas de concentración, estrés, ansiedad, intensificación del dolor, problemas para dormir de nuevo... y así en un bucle sin fin. (B3)

Los fragmentos como “circulo vicioso” y un “bucle sin fin” parecerían que aluden a lo real del cuerpo. Gómez (2014) indica que la clínica freudiana pudo demostrar, al explicar que el real del goce traumático se enlaza con el material simbólico en el síntoma cuya vertiente “intentaría conciliar la insistencia del sin-sentido de un rasgo pulsional con el automatismo de la repetición se sitúa del lado del significante” (p. 34). ¿Cómo pensar desde lo real del cuerpo este circuito de repetición de dolor crónico en el sujeto femenino?

3. Un Cuerpo que Grita y Retumba: “Gritos Ahogados”

A la luz de lo planteado anteriormente, otro hallazgo que se pudo apreciar en los discursos acerca del dolor crónico fue el límite que impone el propio lenguaje para dar cuenta de las intensidades de la vivencia dolorosa y poder decir “todo” lo que quisieran acerca de su dolor, mientras que el cuerpo es fuente de angustia:

Pero hay silencios que son gritos atormentados, desolados, exasperados. Son silencios que fustigan la mente y el alma de un corazón devastado. Silencios llenos de palabras no dichas, de gritos ahogados, que llenan el aire, que retumban en el pensamiento, en los oídos, en la garganta, que oprimen los pulmones en una apnea forzada. Son silencios. Son, mis silencios. (B6)

Soler (2010) dice que, para Lacan, lo que define a un sujeto es el acto de hablar – el uso de la palabra ya sea escrita o hablada- y el efecto del sistema del lenguaje – lo simbólico, lo imaginario y lo real- en el hablante. Tomando en cuenta esta propuesta de Lacan de los tres registros, tales fragmentos me generaron preguntas acerca de lo real del cuerpo, de aquello que no hay modo de representarlo porque no es posible para el sujeto, cuestión de lo real que recorre toda la enseñanza de Lacan. Parker (2013) sostiene que lo real no queda fuera del discurso, ni tampoco es algo que puede ser identificado y descrito. Parker (2013) sostiene que lo real no

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

queda fuera del discurso, tampoco es algo que puede ser identificado y descrito. Estos puntos en el discurso aluden a algo indescriptible o irrepresentable, y pueden interpretarse como puntos de encuentro con lo real.

E. El Dolor y los Límites: Discurso #4

Los fragmentos hallados en este discurso se relacionan con el dolor y los límites que desvanecen las aparentes fronteras entre el cuerpo y la psiquis:

Y este dolor físico se me mete en el tuétano de mis huesos y ya no sé dónde acabo yo y empieza él. (B1)

En el fragmento anterior se hace uso de una metáfora que hace posible un decir acerca de lo profundo e íntimo del “dolor físico” como algo que viene del exterior, pero llegaría a lo más íntimo del sujeto, al corazón de lo que le permite sostenerse: “se me mete en el tuétano de mis huesos”, seguido de un “ya no sé dónde acabo yo y empieza él”, que pone en perspectiva el modo en que la intensidad pareciera desdibujar los límites que dan forma y que protegen. Mientras que, en el siguiente fragmento, también se disipa esa frontera cuando enuncia: “El mar, el mar soy yo” (...) “me planta en la cara todo mi dolor”.

El mar; el mar soy yo; sí, ya sé que suena pretencioso, pero es la verdad (...) Se convierte en mi conciencia, en mi cerebro, en mi corazón, se convierte en mi yo verdadero, en mi esencia, y me planta en la cara todo mi dolor, mi ansiedad, mi angustia, mis problemas, mis pesadillas. Saca todo lo que atormenta mi cuerpo y me lo escupe en la cara, lo pone en mi camino, en un pérfido deseo de aligerar mi carga. Con la primera ola que llega a mis pies, mi cuerpo se abre para llegar a una catarsis brutal, que rasga mi piel con mil cuchillas, mil cortes de los que brotan lágrimas y no sangre (B6).

En el fragmento siguiente, el discurso asociado al dolor es uno que parece abrir una posibilidad de pensarse más allá de la “enfermedad” y “la fibromialgia”:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La enfermedad (refiriéndose al dolor crónico) no fue más que un medio para un mensaje que yo, en mi fuero, debía darle espacio, sobre mí y cómo me relaciono con el mundo, sobre mí y donde está el valor de lo que hago, y menos de lo que dejo de hacer. (B4)

Mientras mis ojos se cierran lentamente, acompañados por los fármacos y el cansancio logran alejarme del dolor para poder tener un descanso, para seguir mañana, para descubrir cuáles son mis desafíos, no con la fibromialgia, sino conmigo misma. (B4)

De ese primer fragmento nos preguntamos: ¿qué habría que “des-cubrir” en relación con si misma más allá de la fibromialgia? ¿Se juega aquí una pregunta por el saber, más allá de la fibromialgia en tanto diagnóstico? También, la frase “en mi fuero”, no debería pasar desapercibida. Según el Diccionario de la *Real Academia Española* “fuero” significa: (a) “jurisdicción, poder”; (b) “Privilegio, prerrogativa o derecho moral que se reconoce a ciertas actividades, principios, virtudes, etc., por su propia naturaleza”. No tenemos los elementos necesarios como la historia familiar, por ejemplo, para hacer un análisis de la cadena de significantes que pudiese estar relacionada al uso de este significante, sin embargo, me parece meritorio destacarla como parte de su discurso porque dice algo de su posición subjetiva y de lo que hace con su dolor más allá de padecerlo: “*para descubrir cuáles son mis desafíos, no con la fibromialgia, sino conmigo misma*” (B4). Para entender por qué sufrimos tenemos “que descender al corazón del yo para encontrar allí la psicogénesis del dolor” (Nasio, 2007 p. 13). Esta expresión alude a la existencia de un componente psíquico en la génesis del dolor expresado en el cuerpo.

También se hallaron fragmentos en los que la instancia del Yo parece cobrar una especie de control al pretender delegarle toda una serie de poderes como “yo elijo disfrutar”. El enunciado subjetivo en el cual el “yo” cobra un lugar central, se podría pensar desde una

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

identidad imaginaria y desde una posición de control, la cual habría que preguntarse se trata de pretender garantizar cierta coherencia y racionalidad ante el dolor.

Ese era mi caparazón, mi ego transformado en la armadura con la que me presento al mundo. A mí, me funciona mi Regla del Dolor, ya que el dolor siempre va a estar ahí, pues yo elijo disfrutar, y a mayor dolor, más me centro yo en sentir, en vivir las cosas que me gustan. Ocupo mi cerebro con cosas agradables, así no le presta tanta atención al dolor. (B6)

No se trata de que un sujeto no pueda elegir “disfrutar”, pues se puede elegir consciente o inconscientemente disfrutar o no disfrutar, pero en términos clínicos sería importante interrogar un discurso como este: “*a mayor dolor, más me centro yo en sentir, en vivir las cosas que me gustan*”, y no reducirlo a explicarlo desde el masoquismo. En primera instancia esto pudiese dar la impresión incorrecta de que se trata de una posición masoquista ante el dolor, puede que así sea, pero habría que indagar ¿qué es lo que se satisface a mayor dolor? En este enunciado paradójico se pueden estar jugando, aspectos del superyó y la satisfacción pulsional que remiten a un ideal de yo, en que se “está bien, estando mal.” Ante lo expuesto anteriormente, nos preguntamos ¿de qué economías se trata y qué función puede tener el dolor como soporte de la insatisfacción? ¿Cuál sería el límite del dolor y a qué pondría límite al dolor? De lo que se trataría sería de las economías del goce que intervienen entre el sujeto y el cuerpo de un modo enigmático y perturbador. En el caso de dolor, podría estar cumpliendo una función con relación a cómo el sujeto se posiciona ante su deseo, su falta o ante la demanda de otro. De ese modo es el propio cuerpo el que le estaría poniendo límites a las demandas del Otro y a la exigencia desbocada y aplastante del superyó que empuja a un goce excesivo y sin medida. Leibson (2019) nos dice acerca de los límites del cuerpo:

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Hay una dimensión del cuerpo que alerta y atenta contra el equilibrio y la supuesta paz yoica-narcisista. O sea, el narcisismo hace imagen del cuerpo como algo unificado y domesticable, pero el cuerpo mismo atenta y agrieta esa paz con sus exigencias (p. 461).

F. El Dolor y la Cuestión del Deseo: Discurso #5

La culpa es una temática discursiva que emerge en la mayor parte de los escritos acerca del dolor crónico. Los hallazgos en torno a los discursos acerca de la culpa destacan el lugar que se le otorga al Otro y aquello en lo que “falla”⁵ aquel que padece el dolor crónico, como se puede apreciar en el siguiente decir:

Todo esto (mi psicóloga) lo llevó a cabo enseñándome nuevas estrategias para llevar mi vida mejor como el saber decir NO sin sentirme culpable. Parece una tontería, pero no lo es. En ese momento, a mis treinta y muchos aún no sabía expresar un NO y debía aprenderlo pues ahora viviría siempre con un compañero (el dolor) que cuando peor estás de ánimo más te ataca. (B1)

No quería reconocerlo porque irracionalmente me atribuía la culpa. Como si estuviera defectuosa. (B1)

Algunos aspectos discursivos para resaltar los fragmentos anteriores son: (1) los límites hacia el otro que a quien “no se le sabe decir un no”, (2) la metáfora del dolor como compañero que eventualmente “te ataca” y la posición subjetiva de estar “como defectuosa”. En torno al discurso de no saber decir no, sin sentir culpa, surge la pregunta de ¿qué es lo que se juega en ese “no saber” decirle un no al Otro? ¿Qué lugar ocupa su deseo en ese “no saber”? ¿Qué implicaría decirle “no” al Otro? ¿Todos esos Otros contarían igual? ¿Qué función cumple el dolor crónico en tanto parecería ser que posibilita un espacio al deseo?

⁵ Se identificó en la mayor parte de los blogs, expresiones donde el sujeto que padece el dolor es quien no hace lo que se espera de este porque su cuerpo le “falla”, “no responde” “es defectuoso”. A la vez, eso mismo que se le atribuye al cuerpo, es atribuido al yo: “no soy capaz”, “yo fallo”, “no hago lo que se supone”, “soy defectuosa”.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Más adelante, en otra entrada del mismo *blog* hay un fragmento que apunta a una cierta paradoja en el discurso de la culpa. Es importante exponer estos aparentes desencuentros en los discursos en un mismo *blog*, porque si los pensamos desde la clínica estas aparentes contradicciones son indispensables para un trabajo que permita dar cuenta de lo que irrumpe como una excepción y se podría convertir en algo que invita a la interrogación. Si bien aquello que se repite e insiste es fundamental en cómo el sujeto arma su cadena de significantes, también lo que sorprende y aparece como algo extraño al discurso que insiste y reincide.

Con terapia cognitivo conductual como he dicho antes y con el profesional que más se ha adaptado a mí he descubierto a mis.....años que yo NO TENGO LA CULPA DE CÓMO ME SIENTO y que si no mejoro en la enfermedad dolor crónico que padezco no es porque me sienta triste o ansiosa. Primero, el dolor influye en mis pensamientos, mis emociones de frustración, tristeza, miedo.... PERO NO AL REVÉS. Lo siento, es mi opinión. Aunque esto que acabo de explicar deriva en un círculo, vamos en lo que popularmente se conoce como la pescadilla que se come la cola, PERO cuando estoy mejor del dolor mi estado de ánimo está distinto. ¿Anda, a que no te lo esperabas? (B1)

Por un lado, en el primer fragmento se habla de dolor como compañero que “cuando peor estás de ánimo te ataca”, mientras que, por otro lado, se alude a un dolor que “influye” en los “pensamientos”, “emociones”, ¿pero “no al revés”. ¿Cómo pensar el discurso de la terapia cognitiva y lo que le oferta al sujeto con dolor? En primer lugar, en términos éticos implica esta interrogante: ¿qué espacio le está dejando al sujeto para que signifique su dolor? Esto pudiese tener implicaciones en la cuestión de cómo ese sujeto interroga su dolor quedando en una imposibilidad de correlacionar su dolor con otras significaciones posibles, o de subjetivarlo. Esto a su vez aporta las condiciones para que se busque un sentido al dolor, que, si bien puede ser una vía para tramitar el dolor, no necesariamente responde a que se abra una pregunta. ¿Cómo, entonces, se subvierte el goce de sentido de la intervención del Otro, que en este caso le ha ofertado el discurso de la terapia cognitivo conductual ante su queja y su destino de dolor? En

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

esa oferta, le provee un goce de sentido que parecería pacificar su “culpa” (como si se trata de eso) y a la vez, reduce la posibilidad de que pueda analizar su implicancia subjetiva e interrogar los goces que se ponen en juego. Esto remite a una cita de Freud (1923) en torno al sentimiento inconsciente de la culpa: “Ahora bien, ese sentimiento de culpa es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable; él no se siente culpable, sino enfermo” (p. 50).

Esta temática también invita a pensar sobre la distinción entre culpa y responsabilidad subjetiva, es decir, cómo un sujeto está implicado en aquello que le ocurre, más allá de “tener o no culpa” por lo que le pasa. Es indudable que una persona que padece dolor crónico siente un profundo malestar que puede ser incluso incapacitante para hacer cosas, ahora bien, como se posiciona ese sujeto ante ese malestar puede variar de acuerdo con la historia de cada uno. En otras palabras, no todo sujeto que siente dolor crónico en su cuerpo se posiciona desde la culpa. Asumir una posición subjetiva de culpable por su dolor, es muy distinta a otros modos de transitar el dolor corporal crónico, como hacerle la pregunta de cómo se está implicado en los modos de posicionarse ante su propio dolor.

La culpa, particularmente en culturas hispanohablantes que cuentan con una importante influencia judeocristiana, tiene una carga sumamente moral, que muchas veces no deja espacio para interrogar de otro modo el dolor en el cuerpo, pues si hay un culpable, hay un Otro en la posición acusatoria. El fragmento siguiente revela esta temática discursiva:

He leído que la fibromialgia es la enfermedad de la culpa. Pues bien, yo ahora siento culpa de estar enferma y generar un desorden de todo tipo en mi familia, de no poder luchar más para sentirme mejor, de no encontrar la cura, de sentir dolor, de preguntarme si hubiese hecho algo distinto en mi vida estaría en el mismo punto en el que estoy ahora. Acusada y acusadora, el mismo rol, me deja frente a la gran incertidumbre de si voy a ser capaz de perdonarme a mí misma y dejar atrás estas pesada maletas. (B4)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

La instancia del superyó cumple la función de velar con carácter vigilante las acciones del sujeto para censurar aquellas que no estén alineadas a las normas y valores establecidas por el entorno. El superyó opera como una especie de crítico moral donde se despliega una comparación entre lo que el sujeto logra hacer y lo que se espera de este. El ideal del yo sirve como referente para el sujeto operando en formas de imperativos en el cual el sujeto se somete martirizando al yo. Por ejemplo, el fragmento presentado pudiese aludir a asuntos relacionados con la instancia superyoica cuando enuncia: “*yo ahora siento culpa de estar enferma y generar un desorden de todo tipo en mi familia, de no poder luchar más para sentirme mejor*”. Farías (2016) nos dice que dichas exigencias pulsionales, provienen del Ello, dejando el Superyó atrapado en el Ideal del Yo:

Que se caracteriza por reunir todo aquello a lo que el sujeto aspira en cuestiones de perfección; por lo tanto, el Superyó encontrará en esto las razones para castigarlo constantemente debido a que ese ideal es algo que nunca se puede alcanzar, quedando el sujeto atrapado (p.2).

En los *blogs* también se encontró una inclinación a cierto tipo de intervención psicoterapéutica (ej. cognitivo conductual) porque en gran parte de los discursos se le atribuye la “culpa” al sujeto de que padece dolor crónico por sus dolores. Esto se puede explicar de muchos modos, pero aprovecho la coyuntura del tema de la culpa para integrar una temática que profundizaré más adelante en el capítulo 4, pero que me parece importante aclarar a este punto porque tiene que ver con una de nuestras categorías de análisis: la posición subjetiva ante el saber. En el decir de Colette Soler (2001-2002):

Cuanto más el sujeto se queja de lo que le pasa como de un real, es decir, de algo que está fuera de su aprehensión, sobre lo que nada puede y que por tanto no parece implicarle,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

cuanta más protesta de su dolor o de su sorpresa ante lo que le está pasando, cuanta más protesta de que él no lo ha querido así, el psicoanálisis opera con este principio: "Lo has tenido, lo has querido". Esto es feroz como discurso (p. 130).

Colette Soler (2001-2002) nos advierte que no debe sorprendernos como psicoanalistas que haya una cierta resistencia al psicoanálisis, cuando Lacan habla de "rectificación subjetiva", que genera muchas veces un malentendido acusatorio de culpabilizar al sujeto por su malestar. Lacan, según Soler (2001-2002) llamó "alma bella" e "inocente" a aquel sujeto que no se implica en aquello que le pasa, y que por ende rechaza el identificarse con su síntoma. La autora también indica que "sería el rechazo de reconocerse como parte implicada en el goce bajo la forma del dolor del síntoma, del goce que es por tanto el suyo ya que afecta al cuerpo que es el propio" (Soler, 2001-2002, p. 131). En todo caso, la rectificación subjetiva concierne a la apuesta de hacer un trabajo que convoque al sujeto a dar cuenta (para sí mismo) de cómo se posiciona ante su propio dolor.

G. El Dolor y las Marcas del Otro: Discurso #6

Una temática que pudimos identificar para nuestro análisis fue aquella en relación con el efecto de la palabra y la mirada del otro en el sujeto que padece el dolor. Una palabra que marca, que deja huella, que hierde o que alivia. Una mirada del otro, tanto del lado de la invisibilidad como del lado de una mirada que juzga y estigmatiza. ¿Qué función cumple el otro en el dolor crónico de un sujeto femenino? Algunos de estos fragmentos fueron:

...que siempre saldrá alguien para decir que no es suficiente. (B1)

No solo es duro el cansancio, el insoportable dolor, no poder hacer cosas acordes con mi edad...también es dura la incomprensión de la gente. (B2)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Las palabras del otro duelen más que el propio dolor en el cuerpo (B3).

Su pareja D., me preguntó por qué estaba mal, pero no me apetecía nada hablar, tan solo le respondí - “me duele”-, ya se lo explicaría a A. cuando me hubiera ido. Pero entonces, me preguntó directamente: Fibromialgia, ¿No? Y me dio una palmadita de apoyo en el hombro. Cuando subí al tren, hora y cuarto después, me seguía doliendo el hombro por la “palmadita”. Tan solo me tocó, pero sentía como si el hombro izquierdo pesara más que el derecho, como si su mano siguiera allí posada, impidiendo que olvidará ese instante, ese momento en el que me preguntó, Fibromialgia, ¿No? Como si fuera lo más normal del mundo. (B3)

Estos son algunos de los fragmentos que apuntaban tanto a la dimensión del gran Otro, como también a de los pequeños otros (semejantes). De esta manera y siguiendo a Lacan, diremos que es el Otro en tanto lugar donde se sitúa la cadena significante, lo que dará las posibilidades para que el sujeto sea y se haga presente, para que el grito de malestar se transforme en demanda. Desde un periodo muy temprano en la vida del sujeto este deberá hacerse un lugar para habitar en la red de significantes, gracias al reconocimiento y atribución de una subjetividad otra, el sujeto entonces es efecto del significante (Lacan, 1964). El lenguaje produce un efecto de desertificación de goce” cuyo efecto, siguiendo la lectura que hace Lacan de Freud, es que se circunscriba en ciertas zonas privilegiadas del cuerpo llamadas zonas erógenas, que se juegan en ciertos agujeros del cuerpo en los que se definen intercambios primordiales con el Otro; la célebre definición de Lacan (1964) del cuerpo como desierto de goce, es la mejor expresión de ello.

Por otro lado, con relación al discurso asociado a la invisibilidad se expusieron fragmentos como los siguientes:

Desde fuera la mayoría de gente no ve la mochila que llevamos encima, no ven la sobrecarga emocional que llevamos. No sabemos lo mal que nos encontramos física y

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

mentalmente. ¿Una persona no puede decaerse por estar enfermo de fibromialgia? ¿Se les permite a unos enfermos estar tristes y a otros no? (B2)

Pero si me ves, parece que no me pase nada. Sólo que sí me pasa, pero es INVISIBLE (B2)

Cuando me veas llorar si no me puedo esconder bien, piensa que tengo una razón. Habéis visto que me he esforzado mucho en realizar este post. Con todo, pido perdón por los defectos que pueda tener. (B1)

Estos fragmentos se relacionan al tema discursivo de la mirada del Otro de distintas maneras. En efecto, el tema de la mirada, la vista, el ver y verse, mirar y ser mirado nos sitúa en el campo escópico y lo que allí se puede jugar del reconocimiento, el desconocimiento, del visibilizar o ser invisibilizado, del encubrir, cubrir y descubrir y otras vertientes en donde la mirada es un elemento predominante y característicos de algunos en la mayor parte de los *blogs* analizados, aunque no con la misma recurrencia. Esto nos pudiese estar sugiriendo una cierta implicación subjetiva con la dinámica de lo imaginario en relación con interrogantes asociadas a lo especular, como lo sería reconocerse en un cuerpo y en la mirada del Otro.

H. El Dolor y el Duelo: Discurso #7

La pérdida fue una temática discursiva que se pudo constatar en todos los *blogs*, lo que provee algunas pistas para pensar la cronicidad del dolor y su relación con el duelo. Esta temática discursiva nos permite interrogar la relación entre el duelo femenino y el cuerpo como escenario de esas pérdidas desde el psicoanálisis. Para iniciar este análisis comienzo por la etimología y el significado de la palabra duelo. El Diccionario de la Real Academia Española indica que la palabra duelo proviene del latín medieval *duellum* que significa combate entre dos, guerra, combate y del latín tardío *dolus* que significa dolor

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Freud (1915) advierte que el duelo es “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 241)., es decir, que pudiese estar relacionado con la muerte de un ser amado, pero no limitándose a ello, ya que también se puede tratar de las pérdidas. También, hace énfasis en que la vida consiste en continuas e inevitables pérdidas, y para él la palabra "pérdida" es sinónimo de castración. Por otro lado, Pelegrí (2011) nos explica que Lacan al tratar la cuestión del duelo, no se ocupa solo de lo que se pierde ante la pérdida del objeto, sino de qué pierde de sí mismo en esa pérdida. La autora añade que el sujeto se queda sin palabras o vacío. . Desde el psicoanálisis entendemos el duelo como algo que va más allá de un dolor de orden psíquico, un pesar o una aflicción. Veamos el siguiente fragmento en cual se emplea la metáfora de la guerra en torno al dolor:

Me siento como si viniera de una guerra, con un dolor físico aún muy alto, pero horrorizada por lo que he sentido, por lo que he visto: un agujero negro muy negro y profundo aquí en mi dormitorio. Una persona exhausta a la cual, las palabras ilusión, esperanza, futuro ya no tienen significado. (B4)

Ante este decir donde se alude haber regresado de una “guerra” y haber “visto” “un agujero negro y profundo”, ¿cómo pensar el dolor desde los tres registros: real, simbólico e imaginario? La pérdida de los objetos amados también podría tomar forma de un agujero en lo real. Tal como lo menciona Lacan (1959), un real que pertenece a lo indecible, lo irreconocible, sin posibilidad de significación. El siguiente fragmento también remite a significantes asociados a la guerra, como lucha y batalla, que ciertamente no significan lo mismo, pero sugieren un combate, una disensión, en fin, un acontecimiento en el cuerpo:

Yo tengo fibromialgia, y me acompañará toda mi vida, lo sé, así que intento llevarlo lo mejor posible, comprender el dolor, sentirlo, conocerlo, y así poder controlarlo, manejarlo para conseguir una mejor calidad de vida. No lucho contra él, porque es una batalla perdida. (B6)

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Este discurso nos invita a interrogar los siguientes “comprender”, “conocerlo”, “manejarlo”, “controlarlo”, “lucha”, “batalla” y “pérdida”. También, nos convoca a pensar acerca de metáfora de “la lucha” y “la batalla” en contra del dolor. ¿Se podrá el dolor, “comprender” y “conocerlo” para entonces así “controlarlo” y “manejarlo”? ¿Se trataría solamente de “controlar” el dolor, o va más allá de eso? ¿Qué pensar de los significantes y el sentido metafórico del siguiente discurso?: “No lucho contra él (el dolor), porque es una batalla perdida” ¿Qué se pierde en esa “batalla”? ¿Es una lucha y una batalla solo en contra del dolor? ¿Qué posición subjetiva se asume cuando de entrada la batalla está perdida? ¿Cómo pensar el discurso del dolor crónico femenino desde estos significantes y metáforas corporales?

Sobrevivo en las crisis en los que el dolor es tan grande que la ansiedad me hace perder el control y no ser yo, solo un ser doliente que quiere respirar. (B1)

Intentaré seguir obedientemente para que no siga empeorando mi calidad de vida y para sentir que aún no pierdo absolutamente el control de mi propio cuerpo. (B4)

En los discursos anteriores, hay algunos significantes a tomar en consideración: “perder” y “control” (B1) y “pierdo” y “control” (B4). Para nuestro análisis, la repetición de estos significantes nos convoca a interrogarnos por qué hay palabras que insisten y persisten, y no otras. ¿Por qué hay palabras y metáforas que son como pivotes que anclan un decir que, en la cadena de significantes, cobra una particular y singularidad que trasciende el discurso colectivo? ¿De qué pérdida se habla en cada discurso? ¿Cada sujeto femenino pierde “lo mismo”? ¿Qué representa esa pérdida para cada sujeto, incluso cuando la nombran con una misma palabra? ¿Qué efectos tendría esa pérdida en el sujeto y qué posición subjetiva asume ante esta? Para pensar estas interrogantes tomemos los enunciados en los que están insertados los significantes mencionados de modo que podamos con-textualizarlos: “la ansiedad me hace

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

perder el control y no ser yo, solo un ser doliente que quiere respirar” (B1). ¿Qué es lo que se pierde cuando se pierde al “yo”? ¿Es el dolor o la ansiedad la causa de esa pérdida del yo, o algo antecede a esa pérdida? Recordemos que la falta y la pérdida son distintas, por un lado, la falta es aquello que se sitúa en el orden de la “ausencia”, algo que no se logra encontrar en el lugar que se espera, mientras que la pérdida, “privación “de algo que alguna vez fue poseído por el sujeto. En el decir de León – López (2011):

El diccionario hablar de falta implica necesariamente situarse en relación con una ausencia, algo que no se encuentra en el lugar esperado. El vacío de un libro en la biblioteca permite deducir que falta un libro en ese lugar. Por el contrario, la pérdida implica que no hay referencia, que hay un campo abierto, que algo se escapa y no puede ser aprehendido (p. 70).

Se aprecia un contraste en cómo son abordadas las temáticas acerca de la pérdida. En el segundo fragmento se escribe: “intentaré seguir obedientemente” ... “para sentir que aún no pierdo absolutamente el control de mi propio cuerpo”. En este discurso se privilegia el significante “cuerpo”, aludiendo aquello que no se quiere “sentir” perder. ¿Acaso el sujeto alguna vez ha tenido el control sobre su propio cuerpo? ¿Qué representaría eso de “perder” el control sobre el propio cuerpo para el sujeto femenino?

Entonces, ¿qué pensar sobre duelo femenino y el dolor crónico en el cuerpo? ¿Cómo se vinculan y qué implicaciones tiene para el sujeto femenino? Tuirán (2011) dice en torno al duelo femenino que “para una mujer, su ex – sistencia se define a partir de la pérdida. Aun cuando para un hombre la pérdida no estará ausente en su trayectoria, no se confronta con esta desde el mismo lugar” (p. 125).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Si nos circunscribimos al cuerpo sexuado, la fisiología de la mujer tiene el potencial de vivenciar varias pérdidas, por ejemplo, una de estas es cuando en el periodo de su pubertad tiene su primera menstruación, conllevando la pérdida de sangre, y la representación de la posibilidad de que su cuerpo sea fecundado. Otra potencial pérdida ocurre durante el encuentro sexual con un hombre, en la cual pierde su “virginidad”; y si se convierte en mujer y madre, la experiencia del parto también representa otra pérdida, la de la criatura que tuvo en su vientre por nueve meses. Si bien la fisiología del cuerpo femenino no necesariamente determina la posición subjetiva en la cual un sujeto se asume, “la fisiología del cuerpo de la mujer le impone pues un real a partir del cual ella tendrá que definirse” (Tuirán, 2011, p. 126). Pero no está empeñada enteramente en la pérdida y la pérdida no es forzosamente todo para ella; aun cuando lo real de su cuerpo se organice a partir de esta.

I. El Dolor, el Amor y lo Femenino: Discurso #8

El análisis discursivo posibilitó dar cuenta de algunos de las temáticas que bordean la feminidad y lo femenino: ser una mujer con dolor crónico, el partenaire, el deseo sexual y lo materno. Estas temáticas discursivas se caracterizan por un hilo conductor que las enlazó, y este fue: el amor. Las temáticas que se destacan en los discursos analizados se caracterizan por los modos particulares en que cada sujeto femenino se las arregla con su dolor a través de un cuerpo sexuado y lo que implica hacerse mujer para cada una desde ese lugar. Si bien hay que reconocer que lo femenino y la feminidad pueden ir de la mano, es fundamental precisar e insistir que no son equivalentes. Recordemos que para Freud la feminidad estaba íntimamente ligado una lógica de falo-castración y a la maternidad, la cual elaboró en varios momentos de su obra a través de lo edípico, las pulsiones y el masoquismo. Y añadido, que para él también la feminidad y la histeria estaban estrechamente vinculadas, aunque nunca negó la existencia de la histeria masculina.

1. El Dolor Crónico Femenino entre lo Singular y lo Particular

Como planteado en la revisión de literatura, es un hecho constatado en investigaciones recientes que la mayor parte de las personas que padecen dolores crónicos, y particularmente con diagnóstico de fibromialgia, son mujeres. Existe una definición oficial y universal de dolor crónico, y cada diagnóstico tiene sus criterios, y sin embargo hay algo que se ha podido constatar consistentemente en el análisis discursivo: la dimensión particular y singular del dolor crónico en los sujetos femeninos.

En algunos de los *blogs*, nos encontramos con interrogantes asociadas a por qué les duele más a las mujeres o por qué hay más mujeres con dolor crónico. Primero, consideremos el siguiente fragmento que apunta hacia una interrogante sobre la relación entre el dolor y ser mujer:

Somos el 3% de la población quienes padecemos fibromialgia. Demasiada gente para ser algo inventado, ¿no creen? La gran mayoría somos mujeres, no sé por qué. (B2)

Pero lo interesante es la forma en que hablamos de nuestra enfermedad, éramos dos mujeres hablando de cosas distintas. (B3)

Analicemos el primer fragmento: ¿Qué interroga verdaderamente este discurso? ¿A quién se le dirige la pregunta? Destacaremos los significantes “inventado” y la pregunta “¿no creen?” recordando que la revisión de literatura sugiere que muchas mujeres perciben que los otros no le creen acerca de sus dolencias corporales. Ante la suposición de no saber por qué, surge una pregunta al Otro: “¿no creen?”. Un aspecto para resaltar es que esta pregunta la hace junto a un dato estadístico “el 3 % de las mujeres”, lo que suele asociarse con evidencia científica- ¿“verdadera” y “legítima” para que pueda creerse?

El segundo discurso, da cuenta del carácter singular y lo particular. En términos discursivos, tomaré en cuenta los siguientes enunciados: “nuestra enfermedad” y “éramos dos

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

mujeres hablando de cosas distintas”. En primer lugar, el uso del pronombre posesivo “nuestra” junto al significante “enfermedad” podría abrir la interrogante acerca de la función que ese dolor pudiese estar cumpliendo en la vida del sujeto que lo padece, e invita a formularnos interrogantes sobre la paradoja de padecer “la misma enfermedad”, pero “hablando de cosas distintas”.

Padecen sus dolores, sí, pero no del mismo modo, ni tampoco lidian con ese dolor de la misma manera. Por otro lado, la frase “nuestra enfermedad” y “éramos dos mujeres hablando de cosas distintas”, ¿dos mujeres, dos historias, dos cuerpos? Entonces, ¿cómo pensar el dolor crónico más allá de esa enfermedad que es “nuestra” y “distinta”? ¿Cómo pensar el dolor una por una?

Los discursos en torno al dolor crónico y a la fibromialgia: “*La gran mayoría somos mujeres*” y “*éramos dos mujeres hablando de cosas distintas*” nos remite a ponderar uno de los axiomas de la obra de Lacan que ha generado más controversia: *La* mujer no existe. En el decir de Lacan: “La mujer solo puede escribirse tachando *La*. No hay *La* mujer, artículo definido para designar el universal. No hay *La* mujer puesto que... por esencia ella no toda es” (Lacan, 2004, p. 89). Soler (2014) dice al respecto:

Decir que *La* mujer no existe, es decir que la mujer no es más que uno de los nombres de ese goce, real. En cuanto a las mujeres que sí existen, las que el registro civil tiene por tales en función de la anatomía (p. 75).

A continuación, elaboraré tres temáticas que nos invitan a tener en cuenta esa singularidad y particularidad en el sujeto femenino con dolor crónico: el *partenaire* y el deseo sexual, y lo materno.

2. *El Dolor, el Deseo Sexual, el Partenaire y el Amor*

Más tarde llega mi esposo, trato de que disfrutemos ese momento, pero mi energía se va apagando como la luz de una tenue vela, ya no lo puedo sostener mucho más. Sonrío, trato de conversar en la cena, me apoyo la cabeza en la mano, siento que se me va a caer,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

junto con el resto del cuerpo (...) de manera que nuestra vida sexual poco a poco va disminuyendo, va desapareciendo; lo que puede acarrear problemas de pareja. (B5)

Este discurso nos permite ponderar algunos aspectos sobre la dimensión subjetiva del dolor crónico en relación con el deseo sexual y la pareja. ¿Qué interrogantes teórico-clínicas pudieran convocar decires como “mi energía se va apagando como la luz tenue de una vela”- “trato de que disfrutemos” – “trato de conversar””? ¿Qué lugar subjetivo se ocupa al “tratar” algo que, luego, “se va apagando como la luz tenue de una vela”? ¿Se podría pensar ese “trato de que disfrutemos”, por ejemplo, desde la pregunta por el semblante y la mascarada femenina”? ¿Tendrá que ver “tratar” con un sí y no en la seducción amorosa a su partenaire? Soler (2006), a partir de Karen Horney dice que la mascarada “es efecto de velo, por lo tanto, no disimula: más bien traiciona el deseo que la orienta (...) a partir de lo que se perfila de las demandas del Otro (p. 46).

Ciertamente, para analizar en términos clínicos el discurso anterior (y cualquier discurso en un contexto clínico) necesitaríamos elementos de la historia de ese sujeto, no obstante, nos convoca a pensar y a preguntarnos si es posible hacer el análisis por otras vías acerca de este decir. Parte del propósito de esta investigación es explorar esas otras vías. Por ejemplo, otro camino posible por el cual analizar estos significantes y metáforas podría ser considerar los modos en que las mujeres se posicionan ante su deseo y su modo de goce, en este caso en particular el deseo sexual. Camaly (2019) acerca de esto nos dice que es fundamental considerar “cómo las soluciones femeninas se encuentran articuladas por la relación del significante del deseo, así como también por la modalidad del goce singular de cada partenaire, en este caso la mujer como pareja” (p. 20). La autora también precisa que en el caso de estas “se tratará de cómo cada una de ellas se las arregle con la dualidad estructural de su goce y lo imposible de escribir

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

“La” feminidad en tanto tal” (p. 18). ¿Qué significa esto? Que es fundamental tener en cuenta las precisiones necesarias cuando trabajamos la clínica de lo femenino, pero también la clínica del dolor, no solo para dar un espacio a la singularidad subjetiva del dolor crónico femenino, sino para poder mirar más allá de la histeria. En estos casos el cuerpo habla, cierto, pero no siempre desde el síntoma o la estructura histérica. El cuerpo puede doler de muchos modos, y aquí es donde es preciso distinguir entre feminidad, lo femenino, y la histeria. Para ampliar y contrastar nuestro análisis consideremos el siguiente fragmento:

Porque tendré fibro, pero sigo estando divina y estupenda, no dejo que el dolor, la desesperación, la rabia, tomen el control de mi vida; así que como siempre digo hace mucho tiempo que decidí poner a la fibro en su sitio, que no es en el centro de mi vida, y elegí vivir, sentir, disfrutar; y eso hago. Me cuido, me visto, me arreglo para mí, porque me gusta verme guapa, y todos los días, todos sin excepción me miro al espejo y me digo "¡Coño que buena estoy!". Y es cierto, me veo guapa, así que levanto la cabeza, me pongo recta y a comerme el mundo, porque tengo fibro, sí, pero estoy viva y soy feliz (B7)

El discurso anterior, sugiere otra posición ante el padecer crónico en el cuerpo. Tomemos el siguiente fragmento: “Me cuido, me visto, me arreglo para mí, porque me gusta verme guapa, y todos los días, todos sin excepción me miro al espejo y me digo "¡Coño que buena estoy! Y es cierto, me veo guapa, así que levanto la cabeza” (B7). ¿Qué sostiene el deseo sexual de este sujeto femenino? ¿Cómo se coloca frente al deseo de Otro: desde su posición femenina o posición histérica? Ambos discursos nos sirven para pensar la cuestión del deseo sexual femenino, y para formular preguntas acerca de estos discursos que aluden a desear y ser deseada, a amar y ser amada. En la clínica podemos encontrarnos sujetos femeninos que entrelazan discursos acerca de su deseo, su dolor, su cuerpo, del amor. Lo que habría que interrogarse sería en qué lugar se ubica ese sujeto, y dónde se posiciona con relación a sus síntomas y sus modalidades de goce: ¿desde una posición histérica o desde una posición- mujer?

3. *Lo Materno: La Mujer No es la Madre*

Así titula Soler (2006) uno de los apartados de su texto para elaborar acerca de Freud, la feminidad y la solución materna son conceptos que pertenecen a la sexualidad femenina, considerando que la solución por la vía de la feminidad es resultado de la equivalencia de ser mujer y ser madre. Ahora bien, ¿desean todas las mujeres ser madres? ¿ser madre significa lo mismo para cada mujer? Estas preguntas pueden ser pensadas en base a las precisiones que Lacan hace entre la solución materna. Podemos analizar algunos elementos de esa precisión que hace Lacan en el siguiente discurso acerca de lo materno:

Mi madre decía, “una mamá nunca se enferma, ni se cansa, ni tiene vacaciones”. Durante años repliqué la frase, diciendo que era una exageración, hasta que fui mamá, y mi cuerpo y mi vida de alguna forma dejaron de pertenecerme porque había una personita que dependía completamente de mí, y entonces entendí que simplemente no tenía permiso para decir basta, porque no tenía relevo. (B5)

La pregunta sobre qué es una madre, es dirigida a la madre, ese Otro primordial. En el fragmento anterior se destaca un decir que proviene del discurso materno y que remite a de quien escribe: “Mi madre decía, una mamá nunca se enferma, ni se cansa, ni tiene vacaciones”. Además, de constatarse una pérdida de su “cuerpo” y de su “vida”, también se constata que el tener “una personita que dependía completamente de mí”, también la deja en un no tener “permiso para decir basta.” Este discurso apunta a la identificación con el decir de la madre, pero también a una exigencia que empuja a ser toda madre para un hijo”. En ese sentido, Farías (2010): “d Luce e la histeria a la femineidad, van quedando en el camino, síntomas, quejas, dolores, madres agobiantes o ausentes, padres idealizados o impotentes y un goce que, en ocasiones, toma en el lugar de falo a un hijo” (p. 1).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

En síntesis, durante este capítulo llevamos a cabo un análisis discursivo lacaniano (Parker, 2013) de la dimensión subjetiva femenina del dolor crónico. El análisis se hizo a través de siete *blogs* escritos cada uno por sujetos femeninos en el internet. Para llevar a cabo el análisis de los textos escritos tomé en consideración algunos elementos de la propuesta metodológica análisis de discurso lacaniano de Ian Parker (2013) que viabiliza tomar en cuenta significantes y metáforas para acercarnos a elementos discursivos de la dimensión subjetiva del dolor crónico femenino. Al finalizar nuestro análisis, agrupamos nuestros hallazgos en ocho temáticas discursivas (categorías de análisis): (1) Los alcances de la nominación, (2) La función del dolor, (3) El dolor y la repetición, (4) El dolor y los límites, (5) El dolor y la cuestión del deseo, (6) El dolor y las marcas del Otro, (7) El dolor y el duelo, (8) El dolor, el amor y lo femenino. A raíz de nuestros hallazgos nos interrogamos: ¿Cómo el dolor puede ser una brújula en la clínica psicoanalítica, particularmente con mujeres que padecen de dolores crónicos? ¿Cómo dar espacio en la escucha clínica y ética a la palabra “dolorosa” que a veces queda fijada en algo que insiste y persiste? ¿Cómo escuchar más allá de ese dolor en sus diferentes modos de desplegarse?

Capítulo IV

Algunas Consideraciones e Implicaciones Clínicas y Éticas para Reflexionar sobre la Clínica del Dolor Crónico Femenino

En este último tiempo de la disertación, haremos unas reflexiones finales a modo de hilvanar lo elaborado en el trayecto de esta investigación. Estas palabras finales, se desprenderán de la revisión de literatura, la elaboración teórica y el análisis discursivo de los hallazgos, lo que nos permitirá discutir y reflexionar acerca de las implicaciones clínicas y éticas. A través del capítulo, tomaremos en cuenta algunas incidencias del discurso capitalista y sus efectos en el quehacer clínico psicoanalítico en la clínica del dolor con sujetos femeninos. También, haremos una breve reflexión sobre el uso del *blog* como recurso para tramitar malestares subjetivos a partir de la teoría psicoanalítica. Al finalizar, presentaremos algunas aportaciones de este estudio, recomendaciones para futuras líneas de investigación en torno al tema del dolor crónico, y una reflexión final.

En el capítulo uno se hizo una presentación inicial del tema, en el que se expuso la pertinencia de investigar acerca de la dimensión subjetiva del dolor crónico femenino. A través de la justificación, se elaboraron los argumentos para argumentar su valor e importancia en el quehacer teórico y clínico contemporáneo. Luego, se presentaron los propósitos y las preguntas que orientaron esta investigación, las cuales tienen como soporte teórico el psicoanálisis, apostando por un diálogo entre las formulaciones freudianas y lacanianas. Después se presentó el método que posibilitaría hacer el análisis de los resultados a la luz de la teoría, el cual fue el análisis de discurso laciano propuesto por Ian Parker (2013). Más adelante, en la revisión de literatura se expusieron diversas perspectivas desde donde se define el dolor crónico y se proponen tratamientos para las personas que los padecen.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Iniciamos nuestro trabajo con la interrogante ¿qué sería del humano sin el dolor? Lo que abrió el camino a las preguntas de investigación que orientaron este trabajo: ¿Cómo se aborda el dolor crónico en la clínica psicoterapéutica contemporánea?, ¿Qué lugar y función ocupa el dolor crónico en la dimensión subjetiva femenina desde la teoría psicoanalítica?, ¿Qué aportes brinda la escritura de estas mujeres en cuanto a la constitución del sujeto femenino y su padecimiento del dolor crónico?, ¿Qué elementos del discurso de la dimensión subjetiva femenina se presentan a través de la vía de la escritura del *blog* en tanto forma de tramitar sus malestares?, ¿Cómo pensar el quehacer clínico desde la teoría psicoanalítica con sujetos femeninos que padecen dolor crónico tomando en cuenta los discursos emergentes en las sociedades contemporáneas (ej. capitalismo y nuevas tecnologías)? Desde estas interrogantes partimos a aproximarnos hacia los diversos modos en que el dolor pudiese tramitarse en el cuerpo y en la subjetividad femenina.

A su vez, los propósitos de esta investigación fueron los siguientes: (1) Describir cómo se conceptualiza el dolor crónico femenino desde la clínica psicoterapéutica actual y el psicoanálisis, considerando el distanciamiento de la clínica psicoanalítica de los modelos psicológicos que promueven el abordaje adaptativo al dolor (2) Conceptualizar el cuerpo, el dolor y la subjetividad femenina desde la teoría psicoanalítica (3) Analizar los discursos acerca del dolor crónico en sujetos femeninos desde la conceptualización psicoanalítica respecto a las diferentes vías en las que el dolor crónico femenino se puede abordar en el quehacer clínico y ético desde el psicoanálisis.

En el capítulo dos se conceptualizó teóricamente el tema, partiendo de los antecedentes conceptuales desde la obra freudiana del dolor, cuerpo y la feminidad. Asimismo, se hizo un recorrido por algunos giros teóricos lacanianos y conceptos medulares que nos posibilitaron

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

pensar, interrogar y analizar el material escrito en los *blogs* con el propósito de aproximarnos al dolor crónico femenino.

En el capítulo tres, se realizó un análisis discursivo lacaniano (Parker, 2013) de la dimensión subjetiva femenina del dolor crónico. El análisis se hizo a través de *blogs* escritos por sujetos femeninos. Inicialmente, se identificaron 10 *blogs* escritos en español, de los cuales finalmente 7 cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra: (a) que el contenido estuviese asociado a dolor crónico femenino, (b) que estuviese escrito por personas que se identificaran con el género femenino, (c) y que fuese una plataforma digital de acceso público. Para llevar a cabo el análisis de los textos escritos tomé en consideración algunos elementos de la propuesta metodológica de Ian Parker (2013) que viabiliza tomar en cuenta significantes y metáforas para acercarnos a elementos discursivos de la dimensión subjetiva del dolor crónico femenino. A partir del análisis de los hallazgos creamos ocho temáticas discursivas: (1) los alcances de la nominación, (2) la función del dolor, (3) el dolor y la repetición, (4) el dolor y los límites, (5) el dolor y la cuestión del deseo, (6) el dolor y las marcas del Otro, (7) el dolor y el duelo, (8) el dolor, el amor y lo femenino.

El capítulo cuatro, el que nos concierne en esta ocasión, está dividido en cuatro partes a saber: coordenadas teóricas para el abordaje del dolor crónico femenino en la teoría psicoanalítica, reflexión acerca de la escritura en redes sociales y sus implicaciones en la clínica, aportaciones y futuras líneas de investigación y consideraciones éticas para la clínica del dolor.

A. Coordenadas Teóricas para el Abordaje del Dolor Crónico Femenino en la Teoría Psicoanalítica

Los malestares subjetivos en el cuerpo se tramitan de diversos modos, y desde el psicoanálisis hay diferentes maneras de conceptualizarlos. Acerca de los dolores crónicos, en

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

particular en el caso de la fibromialgia, se pudo constatar un vínculo con los avatares que implica ser mujer y encarnar un cuerpo femenino que duele. Desde el psicoanálisis propuesto por Lacan, la mujer, es conceptualizada más allá de la lógica del género, y de lo universal u homogéneo, apostando a la singularidad y particularidad de lo que cada una hace con su feminidad. Desde esa perspectiva, es que se desprenden nuestros hallazgos sugiriendo así tres posibles vías por las cuales se puede abordar el dolor crónico femenino desde el psicoanálisis: (a) histeria (síntoma y estructura), (b) la feminidad y lo femenino, y (c) el duelo. Con el propósito de abordar el dolor crónico femenino desde el psicoanálisis, enfatizamos que es fundamental tener en cuenta la noción de cuerpo que sostiene la teoría psicoanalítica, por lo que, eso significa evocar, una vez más, la distinción entre organismo y cuerpo. Freud desarrolló varias nociones del cuerpo a través de su obra: cuerpo erógeno, cuerpo sintomático, y es más adelante, cuando elabora su teoría de las pulsiones, donde la noción de un cuerpo pulsional será propuesta. A partir de esa noción, interrogará a las histéricas explorando las pulsiones en torno a los síntomas de sus pacientes (Assoun, 1987). Esto es fundamental para pensar el dolor crónico tomando en cuenta cómo opera la pulsión de muerte en el cuerpo y su articulación con el superyó y el masoquismo en los sujetos femeninos.

Por su parte, Lacan en su lectura freudiana, hace algunos giros epistemológicos reformulando así una compleja y rigurosa elaboración de conceptos y teorizaciones acerca del sujeto y el cuerpo, entre otros. Además, el cuerpo en la obra lacaniana se constituye con relación al anudamiento de los tres registros: real, simbólico e imaginario. Entre otros virajes conceptuales que hizo Lacan y, que nos sirven de tamiz para pensar el dolor crónico se encuentran el goce, la histeria, la feminidad y lo femenino. Hay muchos otros virajes teórico-conceptuales, pero los destacados conciernen directamente a nuestro trabajo.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Tal como expusimos en la elaboración teórica, Freud se interrogó en sus estudios iniciales con la histeria, acerca de cómo pudiesen estar entrelazados los malestares corporales, los afectos y los pensamientos de sus pacientes histéricas. De ese modo, mientras Freud avanzaba en su trabajo fue topándose con los miedos y los deseos de estas mujeres, y sus sensaciones corporales, se percataba de cómo eran representadas simbólicamente en su dimensión psíquica (Bicecci, 1992). De esta manera, él fue encontrándose con las paradójicas satisfacciones que constataba en la escucha a sus pacientes y, en las que se desdibujaban las fronteras entre el placer y el displacer. Esto se ilustra en el caso presentado de Elisabeth von R. cuando Freud documenta que, durante una de las sesiones de análisis, al presionar levemente la piel de Isabel en un área dolorosa para ella, su expresión facial le llamó su atención, porque mientras le presionó su piel, ella verbalizó que la sensación era “más de placer que de dolor” (Freud, 1893, p. 153). Estas observaciones posibilitaron la emergencia de otras nociones acerca del cuerpo y su relación con la dimensión psíquica (por ej. caso Dora). Del caso de Elisabeth von R., Freud (1893) podemos escuchar al neurólogo transformándose en psicoanalista, descubriendo así los lenguajes del cuerpo y lo que podría decir el dolor. Nos comparte la siguiente reflexión:

Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra. Solo entonces le despertaba un nuevo recuerdo (p. 153).

Conviene precisar que, si entablamos un diálogo entre Freud con algunas propuestas de Lacan acerca del trabajo con Elisabeth von R. y otras pacientes, Freud sitúa el dolor en relación con la cadena de significante. Podemos plantearlo de ese modo porque el síntoma intenta eludir la marca del deseo que estaba en juego, y es por medio del espacio de análisis que puede emerger

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

por vía de la palabra. En términos clínicos esto tiene un valor significativo, porque es la puerta a la posibilidad de que ese dolor pueda ser subjetivado por el sujeto en análisis. ¿Por qué esto es pertinente en la clínica contemporánea? La subjetivación del dolor es pertinente en nuestra época porque posibilita un encuentro con la palabra, la memoria y la historia de un sujeto que le ha tocado vivir en una época cuyo discurso sofoca los malestares y el sufrimiento bajo una lógica universal de “todos somos iguales”. ¿Acaso es posible estandarizar las subjetividades, el dolor, el sufrimiento? Al respecto, Gómez (2014) señala que “el discurso dominante de la época actual es el discurso capitalista, cuyo horizonte no es tanto la erradicación del sufrimiento sino su normalización” (p. 37). Ante esto, dicha apuesta a la subjetivación del dolor en el psicoanálisis crea las condiciones para que el sujeto pueda, tal vez, apropiarse de su singularidad, asumir su deseo e implicarse en sus elecciones de modalidades de goce, más allá de las contingencias de los discursos contemporáneos.

A continuación, presentamos la discusión y la reflexión de nuestros hallazgos las cuales agrupamos en las siguientes coordenadas teóricas: (a) distinción entre histeria y feminidad, (b) dolor en sujetos femeninos, síntoma y estructura, (c) el dolor, la feminidad y lo femenino y (d) dolor y duelo femenino.

1. Distinción entre Histeria y Feminidad

La primera coordenada teórica que estaremos elaborando destaca la distinción entre la histeria y la feminidad, siendo esta una precisión medular para nuestro trabajo. Dicha distinción ocupa un lugar fundamental en la discusión y reflexión de los hallazgos, además de ser una premisa teórica clave en el desarrollo del método vía el análisis de discurso. En otras palabras, y sin la intención de restarle seriedad a tan complejo asunto: un sujeto puede nacer con un cuerpo

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

anatómicamente femenino (ej. con útero) y eso no implica ni ser histérica, e incluso, ni devenir mujer. Soler (2006) aclara contundentemente la distinción:

Si bien, la cuestión de la feminidad y la sexualidad es fundamental en la histeria, no por ello son sinónimos.... ¿Se debe concluir que histeria y feminidad forman un todo, como aparentemente lo postula la etimología que deriva del término útero? La respuesta de Lacan es diferente y la frontera entre histeria y feminidad debe ser precisada (p. 73).

Podemos comenzar por decir que la histeria es uno de los modos en que la mujer puede posicionarse subjetivamente, sin embargo, la histeria no pertenece exclusivamente al campo de la mujer y lo femenino. Podríamos decir que la histeria puede ser considerada desde dos modos distintos: la histeria como síntoma y la histeria como estructura. Colette Soler (2001-2002) en su texto “El En-cuerpo del Sujeto” destaca esta diferenciación entre la histeria como síntoma y la histeria como estructura. La autora conceptualiza el síntoma histérico en relación con el cuerpo erógeno, mientras que la estructura histérica la vincula al sujeto histérico. A partir de esta diferencia, ¿qué implicaciones clínicas tendría el conceptualizar el dolor corporal femenino desde la histeria, en tanto síntoma o estructura? La histeria ha sido una vía privilegiada para pensar el cuerpo y la feminidad, no obstante, ¿es la única vía por la cual el cuerpo femenino “habla” con su dolor acerca de sus malestares subjetivos? ¿El cuerpo siempre “habla” o hay malestares que devienen en un dolor no solo innombrable sino imposible de decir? ¿Qué hay del dolor en el cuerpo femenino que se tramita por la vía del duelo? ¿Por qué el diagnóstico de fibromialgia y otras afecciones con dolores crónicos (ej. Lupus) se les adjudica más a las mujeres en la época contemporánea? ¿Por qué es importante para la clínica psicoanalítica indagar y repensar el dolor corporal en la época actual?

2. Dolor en Sujetos Femeninos, Síntoma y Estructura

Tomando en cuenta la distinción entre histeria y feminidad, la segunda coordenada teórica que proponemos para pensar el dolor crónico femenino es la histeria en tanto síntoma o estructura. En torno al dolor por la vía síntoma histérico, nos encontramos con discursos que nos generaron interrogantes sobre la función del síntoma y la economía pulsional. A modo de ejemplo, esto lo pudimos apreciar en fragmentos como: “Mis dolores serán una pesadez y un fastidio diario, pero gracias a ellos ahora me he encontrado” (Discurso #2). En términos éticos, ¿cómo ponderar la experiencia del dolor como algo que genera un “costo y beneficio”? ¿Qué economías se ponen a jugar en el síntoma histérico para el sujeto femenino? ¿Cómo un cuerpo mortificado por el dolor puede generar ganancias subjetivas? ¿Qué implicaciones éticas y clínicas tienen estas satisfacciones paradójicas en la clínica de la época contemporánea?

En los fragmentos discursivos encontramos que algunos textos describían dolores localizados y fijados en partes específicas del cuerpo, por ejemplo, dolor en una pierna o la espalda. Ante esa particularidad, cabría interrogarse sobre ese lugar corporal donde se aloja esa excitación dolorosa y su valor simbólico. Soler (2001), por su parte, nos recuerda que el goce del síntoma es “un goce que no va en el sentido de lo útil” (Soler, 2001-2002, p. 145), lo que nos hace cuestionar lo que subyace a la función del síntoma histérico en articulación con el goce y los tres registros. ¿Cuáles serían las implicaciones clínicas de aquellos dolores que un sujeto no logra pasar por el registro de lo simbólico?

Y es que, si bien el cuerpo se presta como un escenario propicio para que el síntoma se aloje, también es un terreno fértil para potenciar su “capacidad de repetirse” (Freud, 1901, p.37). Eso también lo pudimos constatar en los discursos que aludían al dolor como “laberinto”, “círculo vicioso”, “bucle sin fin” (Discurso #5). Esta referencia a la repetición del dolor crónico

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

nos convoca a considerar el lado enigmático y opaco del síntoma. También, nos demuestra su persistente dialéctica entre buscar satisfacción y defenderse de esa satisfacción. ¿Qué implica para el trabajo clínico admitir esta naturaleza paradójica del síntoma y por qué el sujeto de la histeria queda atrapado en ese circuito pulsional con aquello que le aqueja?

La repetición del dolor en tanto síntoma, frecuentemente se asociaba en los discursos con los significantes “control” y “descontrol”, lo que podemos relacionar con lo que Gallano (2001) nombra los significantes amos de la época que son, “control y seguridad”. La oscilación constante entre estos significantes que son del orden de lo imposible desenmascara la verdad del amo, que no puede darle al sujeto “control” ni de su cuerpo, ni de su dolor en una época donde la repetición del síntoma debe ser acallada, controlada, manejada. Esto tiene implicaciones en el espacio clínico, porque las quejas y las demandas del paciente suelen articularse a partir de estos significantes amos, lo que muchas veces podrían desviar la dirección que puede tomar el trabajo clínico. Algunos de los significantes amos que frecuentemente he encontrado en mi formación y experiencia clínica han sido “control” y “manejo”. Estos significantes vienen acompañados de una pregunta dirigida a cómo controlar o manejar aquello que les genera malestar. ¿Cómo posicionarse éticamente ante esta pregunta? ¿Cómo acoger la verdad que aporta el síntoma que se cifra vía el inconsciente? ¿Cómo posibilitar que se puedan ir desanudando esos significantes que marcan traumáticamente el cuerpo en el síntoma?

Lo expuesto anteriormente, nos sirve de puente para discutir y reflexionar acerca de algunos elementos discursivos con relación al sujeto histérico. Nos topamos con fragmentos que aludían a la cuestión del deseo, a la pregunta por la mujer, a la falta y al Otro. Estas temáticas discursivas nos posibilitan reflexionar acerca de la dimensión del lenguaje y sus efectos en la subjetividad. Hasta el momento, hemos hablado de los hallazgos que sugieren que hay dolores

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

corporales sintomáticos que quedan fijados en una zona corporal específica irrumpiendo con fuerza. No obstante, también identificamos otros discursos que hacían referencias a dolores generalizados en el cuerpo, que podían estar acompañados o no de esos síntomas localizados.

Por ejemplo, en el caso de la fibromialgia pueden coexistir un dolor fuerte en una cadera, fatiga crónica, neblina mental “fibro fog” y malestar general en el cuerpo. A modo de ilustración, hago alusión a los siguientes hallazgos que apuntaban a fragmentos que representaba una fijación en determinada área del cuerpo: “las piernas me arderán como globos inflados de aire caliente y la espalda es una línea de dolor que persiste” (Discurso #2). Lo anterior contrasta, con otros dolores que parecerían de naturaleza deslocalizada e ilimitada, como se pudo atisbar en el siguiente fragmento: “Y este dolor físico se me mete en el tuétano de mis huesos y ya no sé dónde acabo yo y empieza él” (Discurso #4). Esto implica que la escucha clínica debe estar atenta a cómo se articulan los discursos de los sujetos femeninos, y no apresurarse en la conceptualización de los dolores crónicos, ya que estos tienen diversos modos de despliegue hasta el punto de no haber metaforización. En el caso de la fibromialgia, por ejemplo, existe un mapa del cuerpo que indica los 8 a 11 “puntos sensibles” que se alega causa de la fibromialgia. Según explica Gallano (2001), a partir de su experiencia clínica, estos “tender points” no se hacen descifrables en la metonimia de los significantes de una historia porque lo que portan son las marcas del significante amo en las que irrumpe el goce del dolor, que no son del orden de la pulsión parcial, sino de “un confín del cuerpo real que va más allá de los límites del organismo” (p. 19). A propósito de los significantes, en la estructura histérica aludimos a un cuerpo trastocado por el lenguaje. Lacan (1966) lo explica de este modo: La palabra (...) es un don de lenguaje, y el lenguaje no es inmaterial. Es cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto: pueden preñar a la histérica”

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

(p. 289). El sujeto histérico es aquejado por un cuerpo trastocado por el lenguaje, un cuerpo de palabras, un cuerpo que habla y, por ende, puede ser escuchado.

En ese sentido, como ya hemos indicado antes, nos ocupa un cuerpo al que el lenguaje no solo precede, sino que lo constituye, siendo un cuerpo que está apalabrado por el discurso. A medida que el sujeto va haciéndose de un cuerpo, es hablado por el Otro, lo que produce marcas, inscripciones, huellas. Ciertamente, para realizar un análisis más exhaustivo necesitaríamos tomar en cuenta cómo se articula el fantasma del sujeto histérico ante el deseo del Otro. No obstante, los discursos analizados nos permiten aproximarnos a un decir que, si bien no es producido en el dispositivo psicoanalítico, lo que permitiría un análisis teórico-clínico más profundo, aportan aspectos fundamentales para repensar e interrogar el dolor crónico femenino.

Entre los discursos que aludían a la dimensión del Otro y de los pequeños otros retomemos el siguiente fragmento como referencia para guiar nuestra reflexión distinguiendo el gran Otro y el pequeño otro: *“Las palabras del otro duelen más que el propio dolor en el cuerpo”* (Discurso #6) Nos podemos interrogar con relación a este fragmento: ¿Cómo se trastocan los lazos sociales y los vínculos con los semejantes? ¿Qué del gran Otro se inscribe en el cuerpo? ¿Podríamos considerar aspectos con relación a cómo se posiciona un sujeto femenino con relación al falo? ¿Cómo se asume ese sujeto en la elección de su posición sexuada en tanto no hay proporción posible con el Otro? ¿Se le reclama al Otro, acentuando la marca de insatisfacción de su deseo? En otras palabras, ¿el Otro no la trata cómo ella espera, ni le dice lo que ella quisiera escuchar asegurando así la insatisfacción de un deseo? Estas interrogantes no aluden a cuestionar el dolor que pudiesen generar las palabras del Otro; en cambio, de lo que se trataría es de poner en perspectiva ese dolor para que, tal vez, el sujeto pueda interrogarse en su propio decir, su dolor y su implicancia en el reclamo hacia el Otro y cómo se ubica ante este. En

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

la clínica del dolor, esto puede ser un gran desafío, porque este compromete aspectos como la posición subjetiva, modalidades de goce, entre otros. ¿Qué otros goces, más allá del goce fálico, se podrían desplegar en el sujeto femenino con dolor crónico? ¿Qué otras vías habría para pensar el dolor en el cuerpo más allá de la histeria y el goce fálico? ¿Cómo se juegan las economías del goce en el sujeto femenino con dolor crónico?

En síntesis, los giros lacanianos para repensar la histeria y su relación con el cuerpo son cruciales para pensar el dolor crónico en los sujetos femeninos, porque nos invita a ir más allá de la vertiente significativa del síntoma y de los avatares de la pulsión para tomar en cuenta la pregunta por la feminidad, la falta, el plus de goce y el no-todo. Otra razón por la cual esto es de vital importancia es porque la concepción de Lacan sobre el cuerpo nos va acercando a la idea de que la anatomía no es el destino, contrario a lo que Freud pensaba, y esto cambia la perspectiva en torno a la mujer y a los modos posibles de posicionarse ante la feminidad, y a lo femenino. Lacan construye la noción de *parlêtre* (hablante ser), y eventualmente las fórmulas de sexuación y las posiciones sexuadas, las cuales “no tiene valor prescriptivo, sino que remite a elecciones del ser hablante con respecto su división subjetiva: en particular, cada posición se delimita en función de su relación con el deseo, el amor y el goce” (p.348). Si bien las elaboraciones teóricas antes expuestas acerca del ser hablante y las fórmulas de sexuación trascienden el alcance conceptual de nuestra investigación, dichas elaboraciones teóricas nos posibilitan pensar, entonces, la sexualidad femenina más allá del cuerpo biológico, con Lacan y más allá de Freud. Pasemos, entonces, a la siguiente vía por la cual pensar desde la clínica psicoanalítica el dolor crónico.

3. *El Dolor, la Femenidad y lo Femenino*

La tercera coordenada teórica nos invita a pensar el dolor crónico femenino a partir de la feminidad y lo femenino. Los escritos nos aportaron elementos discursivos que posibilitaron aproximarnos a los avatares del cuerpo femenino y la subjetividad femenina. En la mayor parte de los *blogs*, el dolor crónico fue descrito como algo que irrumpe en el cuerpo haciendo de este un escenario de “batallas”, “luchas”, “agujeros” o “laberintos” inescapables por el cual tramitar sus impasses y malestares. Algunos de estos discursos apuntaron a la dimensión de la feminidad, los cuales ubicamos bajo la temática discursiva El dolor, el amor y lo femenino (Discurso # 8). Para propósito de esta discusión organizaremos los hallazgos en los siguientes ejes discursivos: (a) la relación de la mujer con su propio cuerpo, (b) la pregunta por la mujer (c) la relación con la pareja y el deseo sexual, y (d) la mujer y lo materno.

Para la discusión y reflexión de los hallazgos nos orientamos desde dos ejes conceptuales abordados en el capítulo dos: la feminidad y lo femenino, destacando que estos conceptos no son equivalentes en el psicoanálisis lacaniano. Lo femenino, puede relacionarse con “lo que no puede comprenderse en significantes, lo que causa enigma; lo que es inédito, propio, altero a la vez, imposible de hacer entrar en un conjunto, en tanto escapa de la significación posible” (Lejbowicz, et al., 2018, p. 6). En ese sentido, lo femenino no se reduce a las mujeres, aunque necesita ser encarnado, y ellas serán más aptas en ese sentido, según Morin (2006). ¿Por qué ellas serían más aptas? Si en efecto lo son, ¿qué implicaciones tendría esto con el trabajo de los impasses de la subjetividad femenina a partir de la clínica psicoanalítica en la época contemporánea? ¿Cómo pensar la articulación entre la feminidad y lo femenino en la clínica del dolor crónico?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Varios autores nos acompañaron en esta investigación para reflexionar sobre la feminidad, lo femenino, el cuerpo y su relación con el dolor: Colette Soler, Florencia Farías, y David Nasio. Eventualmente, nos topamos con otras autoras como Marie Hèléne Brousse e Isabelle Morin, quienes nos posibilitaron seguir indagando sobre el tema. En el texto, “El Enigma de lo Femenino y el Goce”, Isabelle Morin (2006) nos habla del lugar simbólico de lo femenino y la mujer en la historia y la cultura. La autora nos indica que lo femenino está atravesado por mitos y leyendas de diversas culturas africanas, griegas, europea y relata que lo femenino ha estado asociado a la discordia y a la desgracia. Añadiría a lo que documenta la autora que, las figuras femeninas, también han estado vinculadas a mitos y leyendas atravesadas por el amor y el dolor: Antígona, Medea, Medusa, La caja de Pandora, entre otras. Resulta interesante que, en los escritos de varios *blogs*, se hacía alusión a algunas de estas representaciones mitológicas, ya fuese para ser utilizados como pseudónimos o en el contenido de los escritos sobre sus dolores y avatares con la subjetividad femenina; esto nos convoca a la pregunta ¿qué avatares del cuerpo y la subjetividad femenina se repiten a través de las épocas?

Recordemos también que, las reformulaciones lacanianas acerca de la sexualidad femenina que cimentaron la frontera entre la feminidad y lo femenino en el psicoanálisis surgen a partir de las fórmulas de sexuación (Soler, 2006; Rovere, 2019). A partir de esa nueva propuesta desarrolla los conceptos de la posición femenina y el no -todo, y precisa que la elección de goce dependerá, en parte, de la posición sexuada del sujeto. Cabe resaltar, ante lo expuesto anteriormente, que el sujeto femenino o masculino es un hecho del discurso, lo que significa que serán las operaciones simbólicas que hacen marca o agujero en un cuerpo que, podrá coincidir o no, con el cuerpo anatómico y con la lógica de distribución del significante fálico (Soler, 2006; Farías, 2021). Enfatizo este punto, porque es importante para nuestra

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

discusión y reflexión, ya que permitió aclarar que nuestra postura y nuestros hallazgos no sugieren que la mayor parte de las mujeres padecen dolores crónicos o fibromialgia por el hecho de *ser mujeres o tener un cuerpo con anatomía femenina*, sino porque hay algo que se juega en la historia de cada sujeto que queda marcado en su cuerpo por vía del lenguaje, y por el atravesamiento del Edipo, el deseo, la posición ante la falta, el fantasma y el goce. Todo sujeto tendrá que lidiar con el goce fálico, pero no todo sujeto tendrá acceso al goce suplementario o femenino. Las mujeres, como diría Morin, pudiesen ser más “aptas” pero no exclusivas a ese goce. Lombardi (2019) dice que lo que las hará más accesible al goce suplementario o goce femenino es su posición ante la castración. Esto significa que la castración en ella es inicial, tratándose de un elemento signifiante que falta en lo real y que en términos lacanianos se refiere a la privación (Forastieri, 2015). En palabras de Lacan (2004), “ella no toda es” (p. 89), puesto que asumir esta privación representada por no tener el falo tendrá efectos importantes en la constitución de la subjetividad femenina. A partir de estas reflexiones me pregunto, ¿se podría pensar el dolor crónico en la mujer a partir de lo femenino, en tanto posibilita un espacio en que se conjuga el no-todo con la elección de un goce no fálico? ¿Qué aporta el estudio del dolor corporal para pensar las modalidades de goce de la mujer en una apuesta a interrogarlos? Soler (2006) nos plantea:

Será necesario interrogar, pues, lo que concierne a las mujeres en un triple nivel. Aquel de la dialéctica en juego en el del deseo sexual, pero también aquel de los gustos de su goce fálico, tanto en la realidad común como en la relación sexual, y, en fin, aquel de los efectos subjetivos de ese goce suplementario que la feminidad oculta y que hace de ella, no otro sexo, sino Otro absoluto. Y esto no puede aproximarse más que a partir de las vías de su decir (p. 41).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Durante estas vías de su decir, nos topamos con discursos que aludían a la articulación de la feminidad y lo femenino, los cuales invitan a interrogarnos sobre la posibilidad de pensar el dolor vía la dualidad del goce en el sujeto femenino. Con esto me refiero a la posibilidad de que el dolor pueda ser pensado e interrogado más allá del goce fálico, en tanto modalidad de goce femenino. Cuando el dolor no logra ser metaforizado vía el síntoma y la palabra, podría devenir como una modalidad de goce femenino en el sujeto femenino. Este goce pudiese irrumpir como algo imposible de nombrar y parecería no tener límites en el cuerpo. En el decir de Camaly (2021):

El goce femenino se siente en el cuerpo, pero no tiene borde localizable en ninguna de las zonas erógenas. No tiene órgano. Se expande por el cuerpo todo, a veces se manifiesta por oleadas, bajo la condición de contigüidad. Parece no tener límite, tampoco tiene nombre (p. 1).

El dolor crónico, ponderado desde el campo de lo femenino, nos brinda la posibilidad de pensarlo desde un espacio que tiene tres atributos: el vacío, la ausencia de referente y un goce que excede al límite o ilimitado (Rovere, 2019). Evocamos en la siguiente interrogante, el pensar de Marie-Hélène Brousse (2000), psicoanalista francesa, quien ha trabajado el tema de lo femenino: ¿Cómo se las arregla un sujeto ante un goce Otro que escapa al proceso de simbolización? ¿Qué implicaciones clínicas y éticas tiene ese escape a lo real en el trabajo clínico con un sujeto femenino cuya modalidad de goce es el dolor crónico en su cuerpo y lo que acarrea en términos subjetivos?

Cuando el dolor se convierte en un abismo, en un agujero, como algo que irrumpe en todo el cuerpo sin un lugar particular donde localizarlo, el dolor se sitúa como una problemática del límite entre lo simbólico y lo real, pero también un desborde de lo real sobre lo imaginario

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

que quiebra la imagen del cuerpo, lo que anudaría la experiencia del dolor con la irrupción de la angustia. Por otra parte, si el dolor puede inscribirse en una localización particular del cuerpo, podría brindar la posibilidad de nombrarlo, casi del orden de lo “identificable” (ej. dolores la espalda); o bien puede desplegarse y sentirse en todo el cuerpo como algo no localizable o como diría Perassi (2016) en el orden de lo “insituable” y lo “innombrable”. Ese dolor que desborda el cuerpo y las palabras toma forma de la irrupción de un goce que viene a conmovier y a trastocar todo el ser y tendrá efectos cruciales en el sujeto femenino. Soler (2006) nos dice en su análisis sobre el goce fálico y el goce femenino:

Por eso, como he dicho antes, se evoca en una estructura situada necesariamente más allá -más allá del falo, más allá del objeto, más allá de la consistencia del decir-, y que negativiza todo en el más acá. También es sin medida y el sujeto se encuentra, más bien, "sobrepasado". El goce fálico no sobrepasa al sujeto. No pretendo que sea homeostático, puesto que puede molestar, mostrarse como pathos, esto lo sabemos, pero permanece a la medida del sujeto, como el objeto a que lo divide es cierto, pero que está también ajustado a su hiancia (p. 56).

Al iniciar este apartado mencionamos que algunas de las vías de la feminidad por las cuales las mujeres pueden desplegar sus modalidades de goce son: la relación con su propio cuerpo, su relación de pareja y deseo sexual, y la mujer y lo materno. A modo de ilustrar estos hallazgos, ubicados bajo la temática discursiva El dolor, el amor y lo femenino (Discurso #8) pudimos recoger varios decires que nos posibilitaron hacernos preguntas sobre las modalidades de goce en el sujeto femenino. Así nos topamos un fragmento discursivo de un sujeto femenino con fibromialgia quien hace alusión a estar en una posición madre-mujer ante un hijo que parecería ser representado como una extensión pegada a su cuerpo [*“mi cuerpo y mi vida de*

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

alguna forma dejaron de pertenecerme porque había una personita que dependía completamente de mí“(B5)]. Mientras que también, enuncia un decir acerca de su posición de hija y lo que la madre le decía de lo que implicaba ser madre [*“Mi madre decía, “una mamá nunca se enferma, ni se cansa, ni tiene vacaciones”* (B5)]. En la clínica, nos podemos encontrar casos que vinculan estas temáticas de la feminidad, lo materno y el dolor crónico. ¿Cómo ponderar un discurso como el ilustrado en donde nos podríamos preguntar acerca del goce fálico, pero también como pudiese estarse jugando el goce femenino y el estrago materno? ¿Qué implicaciones éticas habría que considerar con un sujeto femenino que se posiciona del lado del “toda madre”? ¿Cómo pensar este decir considerando los efectos del discurso capitalista en la subjetividad femenina que opera bajo una lógica superyoica de “tú lo puedes todo”, que se sobre idealiza a la mujer que es madre, y que además es parte de una fuerza laboral que privilegia la producción desenfrenada y que no promueve el lazo social? ¿A dónde van esos excesos que no dan espacio a la palabra y al amor?

Acerca de los efectos del discurso capitalista en el cuerpo, Soler (2000-2001) argumenta sobre la articulación entre el capitalismo y la ciencia, y sus repercusiones, en tanto se vinculan en tanto pretenden la universalización y globalización en la subjetividad. La autora dice al respecto:

Tener un cuerpo es saber “hacer algo con él” (Lacan en Soler, p. 175). En particular hacer uso de ese goce. Existen muchas maneras, un cuerpo se presta, se vende, se ofrece y se niega.” ...se lo mantiene como una máquina de “check-up” (p. 175).

Acerca de estas repercusiones, Foucault (1976/1994) señala que los rasgos biológicos de una población se convierten en elementos indispensables “para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento y sobre todo el

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

incremento constante de su utilidad” (p. 333). Foucault (1976/1999) en su ensayo “Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina” reflexiona al respecto:

De este modo el cuerpo humano se vio doblemente introducido por el mercado: en primer lugar, a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde por mediación de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida que es objeto de sensaciones y deseos (p. 357).

Foucault y Soler coinciden en la correlación existente entre el discurso capitalista y la ciencia al argumentar los modos en que algunos de sus avances, descubrimientos y progresos han tenido consecuencias en la subjetividad. La tecnociencia en sus avances posibilita explorar, medir, inspeccionar el cuerpo hasta sus lugares más recónditos, y sin embargo existe una dimensión de ese cuerpo que será imposible de cuantificar que es la dimensión del goce. Gómez (2014) reflexiona acerca de los efectos de los discursos contemporáneos al decir que:

Son modos que intentan desconocer la experiencia subjetiva del sufrimiento al desvincularlo de las memorias, del deseo, de la historia y de la responsabilidad por el goce que le es inherente; y con ello se pretende también desdibujar la pequeña e incómoda singularidad de cada cual (p. 37).

A modo de conclusión, el discurso capitalista y la ciencia chocan con las modalidades de goce en el cuerpo, entre estas el goce femenino. Ni la ciencia, ni el discurso capitalista tienen en cuenta su naturaleza inconmensurable, como puede ocurrir con aquellos dolores que no ceden a ningún tratamiento, y no le encuentran alguna causa. ¿Qué implicaciones tiene para la clínica

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

que, por un lado, haya sujetos femeninos que se convierten en síntomas ante el empuje desenfrenado del discurso capitalista con su propio cuerpo, y por otro, sujetos que se sirven de la ciencia para que les responda algo de su dolor demandando un saber siempre fallido e incompleto? ¿Podríamos vincular los dolores nominados como fibromialgia con lo inefable, con lo que desborda a la palabra, con lo que permanece innombrable o con aquello imposible de decir? ¿Tendrían relación alguna estos dolores con los excesos que la subjetividad femenina puede representar para algunas mujeres arropados por los ideales del yo, la alteridad femenina, con su propio cuerpo, lo materno, la relación con el partenaire, con el amor, con aquello que se pierde como parte inherente de la constitución hacia la condición femenina?

Finalizamos esta reflexión con unas palabras en relación con el goce femenino de Colette Soler (2006):

Por lo tanto, aquí como en el resto del psicoanálisis, no podríamos contentarnos con callar lo imposible de decir, para remitirnos allí solamente a la lógica. En primer lugar, porque si *La mujer* escrita con mayúsculas es imposible de identificar como tal, ya que "no existe", eso no impide que la condición femenina exista (p. 27).

Hay algo de lo imposible de decir en la pérdida estructural del sujeto que cierra algo de falta. Será diferente en la mujer, y en el cuerpo que encarna, en comparación con el hombre. Estos trazos en el cuerpo femenino no serán determinantes, sin embargo, harán marca en su constitución subjetiva. Reflexionaremos al respecto en el siguiente apartado.

4. Dolor y Duelo Femenino

La última coordenada teórica para pensar el dolor crónico femenino es el duelo. El cuerpo adolorido aparece en los fragmentos analizados como escenario de pérdidas, rupturas,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

privaciones y quiebres, siendo entonces otra temática discursiva el duelo y la pérdida, a la que nombramos El dolor y el duelo: Un cuerpo femenino surcado por la pérdida. En la mayor parte de los escritos se proveen algunas pistas para pensar la cronicidad del dolor y su relación con el duelo, lo que nos permite interrogar la relación entre el duelo femenino y el cuerpo como escenario de esas pérdidas desde el psicoanálisis. Con el propósito de discutir y reflexionar acerca de los hallazgos, proponemos dos ejes conceptuales que nos sirvieron de base para el análisis de discurso. Por un lado, Tuirán (2011) nos invitó a pensar la “versión femenina” duelo, mientras que León- López (2011), nos convocó a ponderar el duelo a partir de la distinción entre la pérdida y la falta. De ahí, construimos una pregunta para guiar el análisis de dicha categoría temática: ¿qué implicaciones clínicas tiene el poner a dialogar sus propuestas para ponderar el dolor crónico por la vía del duelo femenino entre la pérdida y la falta?

En el discurso coloquial, el duelo suele relacionarse con la pérdida de un ser amado, ya sea por razones de muerte o separación. No obstante, el duelo abarca la pérdida en un sentido más amplio según Freud (1915) pues se refiere al duelo como una reacción cuando se pierde una persona amada o un objeto que represente ese amor como un ideal, la libertad, la patria, entre otros. Mientras que, para Lacan, al igual que para Freud, el duelo es aquello que va más allá de un dolor de orden psíquico, un pesar o una aflicción, pero implicará un desafío para el anudamiento entre lo real, lo simbólico y lo imaginario. Según, las aportaciones de Lacan se experimenta una falta en lo real, “esta falta o agujero en lo real movilizará todo un orden simbólico que da lugar a una recomposición de significantes, en la medida en que el sujeto afronta la pérdida” (Pelegrí, 2011). ¿Qué aportan ambas nociones del duelo al abordaje del dolor crónico femenino? Nos serviremos de algunos hallazgos para elaborar la discusión y la reflexión.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

De nuestros hallazgos, algunos de los fragmentos discursivos representaron los discursos asociados a la pérdida con las siguientes palabras: “palabras de ilusión”, “batallas”, “control de mi propio cuerpo”, y el “yo” (Discurso #7). ¿Ahora bien, siempre es posible nombrar lo que se perdió en esa pérdida? ¿Será posible siempre descifrar simbólicamente una pérdida? Una propuesta de este trabajo sería la invitación a considerar abordar el dolor por la vía del duelo desde lo femenino, es decir, “de algo que se escapa al Uno, a la totalidad que no puede ser reducido a ningún significante, ni inscrito a ningún saber” (León – López, 2011, p. 70). El dolor crónico pudiese tener un carácter enigmático para el sujeto, hasta el punto de que le resulte imposible ponerlo en palabras, quedando así fuera de lo simbólico. ¿Qué consecuencias podría tener en el cuerpo y para el sujeto femenino una pérdida que es imposible de subjetivarse?

La otra propuesta, para pensar el dolor crónico femenino por la vía del duelo femenino nos invitaría a hacer una distinción entre la falta y la pérdida en el duelo. León - López (2011) nos invita a reflexionar sobre la siguiente pregunta: ¿cómo el sujeto puede aspirar a otra cosa que no sea encubrir una castración que de todas maneras él ya ha padecido? La autora explica que el sujeto ya ha pagado con su entrada al lenguaje, es decir, “con esta pérdida inaugural del goce, con esta separación traumática entre su ser de viviente y su ser hablante” (p. 71). Lo fundamental de hacer la distinción entre la falta y la pérdida abre la posibilidad de hacer una lectura del dolor más allá del duelo del objeto amado que se perdió y distinguirlo de la falta, la cual antecede a la pérdida, puesto que, la falta es inherente a estar vivo y precede a la pérdida. Ahora bien, ¿de qué otras pérdidas y duelos hablamos en el psicoanálisis? Soler (2006) nos recuerda el “duelo original”:

“el sujeto en análisis se ha topado ya con el duelo. Incluso, es todo lo que describe el período llamado edípico: el duelo del objeto primordial; o el duelo original y un lado

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

entero de la neurosis infantil cuenta la pérdida del goce y la impotencia del amor para colmarla” (p. 300).

Si bien la mujer y el hombre se verán confrontados a la falta y a la pérdida por su condición humana, sus experiencias no serán equivalentes, pues ocurren desde lugares distintos. De igual modo, apelamos desde el psicoanálisis a las diferencias del duelo entre las propias mujeres, más allá de ese “duelo original”. Cada mujer, una a una, tendrá que arreglárselas con las pérdidas vinculadas a su cuerpo a partir de sus singulares modos de subjetivación de las experiencias asociadas a la pubertad, la menstruación, la posibilidad o no de fecundación, parto, menopausia, otros, lo cual también se anudan a partir de los tres registros.

Según lo expuesto hasta este momento acerca del dolor crónico por la vía del duelo nos preguntamos: ¿qué implicaciones tendría para el psicoanálisis trabajar el dolor crónico por la vía del duelo bajo el discurso capitalista? Bajo el discurso capitalista, la pérdida suele representar un vacío o agujero para el sujeto que debe ser taponado, al menor tiempo posible, con lo que oferta el mercado para que ese sujeto se convierta en un “ser que no duela”, ¿Qué no le duela a quién? ¿Qué podríamos ponderar en el tratamiento que se da al dolor en una época en la que impera el discurso capitalista que es rechazar la castración?

Con lo expuesto anteriormente, no queremos decir que el sujeto femenino debe petrificarse o inmovilizarse en su dolor, o asumir una posición masoquista. A propósito de la posición masoquista, Laurent (1999) evoca la crítica de que la expresión femenina sea vinculada con el masoquismo pues “el goce particular que puede tener una mujer en despojarse del registro del tener, sin que eso dé cuenta de ningún masoquismo” (Laurent, 1999, p. 66). La invitación sería a interrogar el dolor y a poner en perspectiva los duelos inherentes de la condición humana,

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

porque, a fin de cuentas, lo que proponemos es que se posibiliten las condiciones para dar un espacio ético a la subjetivación del dolor.

Para concluir, ¿qué implicaciones tiene ponderar el dolor por la vía el duelo tomando en cuenta la distinción entre la pérdida y la falta en términos éticos y clínicos? Implica no cerrar el espacio para eso que nunca termina de perderse, reconociendo así, que la pérdida es lo que le otorga consistencia a la falta. Con lo anterior aludimos a que, la falta en el sujeto puede ser representada y simbolizada a través de las pérdidas. Freud en su texto acerca del duelo y la melancolía remarca el hecho de que el sujeto no sabe lo que pierde cuando pierde, y sin embargo se pudiese llevar a cabo un trabajo clínico en el cual sea posible un espacio para habitar la ausencia que a veces implica el dolor y la existencia.

B. *Blogs*, Nuevas Tecnologías y Psicoanálisis: Una Breve Reflexión sobre sus Efectos

Subjetivos

Hasta este momento hemos analizado el dolor crónico femenino a partir de la teoría psicoanalítica. El análisis fue llevado a cabo a partir de los elementos discursivos que fueron recopilados de *blogs*. Como mencionamos al inicio de esta disertación, estos *blogs* recogen las experiencias de sujetos femeninos que escriben acerca de su dolor crónico. De los *blogs* se desprenden, quejas y malestares en torno a los impasses de no poder contar con espacios en donde poder hablar de su dolor. También, se expresan sobre los beneficios de la escritura y la publicación de sus escritos en sus *blogs*, lo que según ellas les servía como un “desahogo” que podían compartir con otros. El dolor tiene un carácter paradójico por una parte parece excluir al Otro, teniendo efectos en sus lazos sociales, pero al mismo tiempo le hace una demanda al Otro, particularmente de ser escuchado y comprendido.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Nos parece crucial hacer una reflexión que contribuya a profundizar nuestro trabajo para poner en perspectiva los pocos espacios que existen para que “la experiencia del dolor y la palabra “dolorosa” puedan ser acogidas” (Gómez, 2023). Los discursos dominantes de la actualidad y su empuje a las soluciones “costo-efectivas” ante el sufrimiento y el dolor humano crean las condiciones para que los sujetos queden vedados de espacios sociales donde puedan apalabrar sus malestares. De manera que, las tecnologías brindan la posibilidad para que el sujeto cuente con un “un espacio de suplencia” (Gómez, 2023), como para hacerse de una resolución singular ante su padecer. Particularmente nos interesamos por la función que cumple la palabra escrita de sujetos cuyos cuerpos están comprometidos con dolor crónico y quienes sus lazos sociales se ven trastocados por su padecer, usando el *blog* como un espacio de encuentro con el Otro. Este espacio cibernético, cobra la forma de un pergamino digital para exponer quejas, demandas, afectos no sin buscar una respuesta particular del Otro, mientras que también se juegan aspectos de su economía psíquica ¿qué aspectos de su economía psíquica son los que se juegan en un sujeto que escribe y publica en el ciberespacio sobre su dolor?

Gustavo Dessal (2019) plantea cuales podrían ser las aportaciones del psicoanálisis en torno cómo pensar a los efectos de las nuevas tecnologías acentuando el lugar del síntoma en una sociedad hipertecnologizada y sus implicaciones en los seres hablantes. Señala que lo distintivo que el psicoanálisis tiene al abordar este tema en comparación con otras disciplinas es que:

El uso sintomático que cada ser hablante, uno por uno, hace de los recursos tecnológicos a su alcance. Esto implica proceder, en cada caso, a localizar lo tecnológico en el contexto de una narratividad que lo desprende de los significantes transmitidos por el discurso del amo y lo enlaza a la historicidad propia, alejándolo de su pura alienación (pp. 50-51).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Y es que cada sujeto hará uso del recurso tecnológico, en este caso el *blog*, de acuerdo con su propia singularidad. De modo que, en un espacio virtual como el *blog* se pueden desplegar síntomas, fantasmas, modos de goce del sujeto que preceden en la historia del sujeto, y no por causa de las tecnologías. A lo anterior, también sería crucial añadir que, según Hassan (1996) “el objeto tecnológico es igual para todos, pero su valor depende de cómo juega para cada sujeto, según su estructura y en sus síntomas”. En el caso del *blog*, un sujeto que comparte aspectos de la historia su padecer de dolor crónico y su cuerpo a través de la escritura siempre lo hará desde su singularidad, más allá de una búsqueda de lo común que tenga con otros que padecen dolor crónico e incluso el mismo diagnóstico. Lo que convoca a interrogantes como ¿qué se deja ver, y qué es lo que no se deja ver? ¿para quién se escribe? ¿para qué se escribe?

Con lo anterior, no se propone que las nuevas tecnologías sean las responsables de la elección inconsciente de la posición fantasmática de cada sujeto, no obstante, hay algo que sí produce unos efectos, aunque no cuente igual para cada uno. Ante esto, Dessal (2019) expone cómo algunos creadores de Facebook han expresado que sus creaciones y aportaciones durante el tiempo que trabajaron allí fueron hechas para despertar los “demonios internos” de los usuarios:

La expresión «demonios internos» da en el blanco de la cuestión. Los demonios no fueron creados por la tecnología. Esta puede despertarlos, reforzarlos, multiplicarlos, expandirlos, explotarlos y proyectarlos en narrativas capaces de generar fenómenos de identificación colectiva. Pero los demonios estaban ya allí. (...) El fantasma es una creación del sujeto, una cosmovisión personal (al estilo de la “religión privada” de la que habla Freud a propósito de la neurosis obsesiva) hecha conforme a una modalidad inconsciente de goce y con la cual interpreta el mundo y su lugar en él. La tecnología no puede «insertar» eso desde fuera, como si se tratase de un implante (p. 111).

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

El ciberespacio no es un espacio homogéneo, por lo que las generalizaciones no sirven de mucho para pensar sobre los efectos de las nuevas tecnologías tanto para la subjetividad como para la práctica psicoanalítica. Por el contrario, apuestan a la necesidad considerar lo particular de aquello que se juega en el sujeto desde una perspectiva psicoanalítica para centrarse en cómo la tecnología puede interactuar para bien o para mal en las economías psíquicas. Es decir, ¿qué gana y pierde el sujeto en cómo se vincula con las nuevas tecnologías y más allá de estas?

En síntesis, quisiera aclarar que esta reflexión no trata de descartar, ni elogiar el uso de las nuevas tecnologías, ni de las redes sociales, entre ellas el *blog* u otros, como espacio para desplegar malestares subjetivos. Existe una tendencia en la literatura de estos temas a polarizar el uso de las nuevas tecnologías, el internet y el ciberespacio como “bueno” y “malo” y lo que nos convoca aquí más allá de un análisis moral, es un análisis crítico, ético y clínico de sus efectos. En todo caso, la intención ha sido dar cuenta de un fenómeno, como lo es el uso de las redes sociales para dar cuenta del dolor y el sufrimiento. El uso de las redes sociales como espacio para tramitar malestares subjetivos, es parte de nuestra contemporaneidad y, por tal razón, apela a nuestro quehacer clínico. A fin de cuentas, “hay escrituras que intentan cernir un trozo de lo real” (Camaly, 2018, p. 34). La interrogante con la que nos quedamos, porque toda investigación tiene límites, es si cada una de estas escrituras se ubica en las fronteras entre el goce y el decir.

C. Aportaciones y Futuras Líneas de Investigación

1. Aportaciones a la Clínica del Dolor Crónico Femenino

Para concluir esta investigación, nos resulta fundamental pensar en las aportaciones que la teoría psicoanalítica brinda para ponderar la articulación entre el cuerpo, el dolor crónico y la subjetividad femenina. El andamiaje teórico del psicoanálisis posibilitó estudiar el dolor crónico

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

a través de conceptos medulares como el síntoma, la pulsión y el goce, y los tres registros real, simbólico e imaginario. Así también, las contribuciones de los giros teóricos de Lacan acerca de la feminidad y lo femenino, aportó a complejizar nuestro análisis del dolor crónico. Un aspecto central para destacar en nuestro trabajo es la distinción entre histeria y feminidad, lo que enriquece la contribución a la clínica del dolor porque pone en perspectiva la distancia entre la feminidad y la histeria en relación con el cuerpo. Además, permite aclarar la confusión que ha generado la errónea idea de igualar ambos conceptos. El texto “Lo que Lacan dijo de las mujeres” de Colette Soler fue una pieza clave para dicha elaboración. A partir de esta distinción y las contribuciones del psicoanálisis, se perfilaron tres vías posibles por las cuales abordar el dolor crónico en sujetos femeninos: histeria (síntoma/estructura), la feminidad y lo femenino y el duelo. Nuestros hallazgos sugieren que el dolor crónico femenino no se limita a lo biológico y que, si bien pudimos identificar unas temáticas discursivas en común, se pudo constatar la singularidad subjetiva en cada *blog* analizado.

En resumen, ¿qué aporta nuestra investigación a la clínica de dolor crónico femenino? Desde mi punto de vista, contribuye a reiterar la propuesta de pensar el dolor crónico femenino como algo que no se reduce al cuerpo biológico. Es una invitación a considerar su dimensión subjetiva que se entrama en la historia, la memoria, el deseo y la singularidad de cada sujeto, entre otros. El psicoanálisis abre un horizonte que da cuenta de la complejidad del trabajo clínico, en tanto interroga la normalización del dolor y el sufrimiento en la época contemporánea. De este modo, provee un espacio para la escucha a través de la cual el sujeto puede nombrar su singularidad irreductible, y la posibilidad de que encuentre un saber hacer en las contingencias de su dolor, más allá del diagnóstico y de los discursos de la época contemporánea. Esto no solo es una aportación clínica, sino ética ¿cómo pensar el cuerpo de la mujer más allá de lo biológico?

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

¿Qué implica pensar el dolor en el cuerpo más allá del síntoma? En el caso específico de la fibromialgia, ¿qué implica ponderar el cuerpo más allá de los “tender points” o “puntos sensibles” para la medicina? ¿Se puede apostar a un trabajo de alianza entre la medicina y el psicoanálisis? ¿Por cuales otras vías pueden ser pensadas las dolencias en el cuerpo a la luz del psicoanálisis? Plantearemos algunas propuestas en el siguiente apartado.

2. Futuras Líneas de Investigación

Entre estas temáticas para transitar futuras líneas de investigación, y que consideramos que aportarían una valiosa contribución a la clínica psicoanalítica y a la psicología en Puerto Rico: (a) pensar el dolor corporal, a partir de la lengua y el cuerpo tomando en cuenta su encuentro con el significante prelingüístico; (b) qué se ha investigado acerca el dolor crónico en la clínica infantil y qué coordenadas nos puede brindar la teoría psicoanalítica para estudiarlo; (c) ponderar el dolor corporal desde la diferencia de síntoma y sinthoma; (d) indagar acerca del dolor crónico vía la angustia; analizar discursivamente las subjetividad del dolor crónico masculino; (e) explorar el cuerpo y dolor en la psicosis; (f) investigar acerca de la función de la escritura en el dolor crónico, y (g) la articulación entre los lazos sociales y el dolor crónico.

En fin, lo que constatan estos nuevos caminos para aproximarse al campo de la clínica del dolor es amplio y complejo, por lo que confiamos en que esta investigación contribuya a continuar pensándolo con rigurosidad y profundidad tomando en cuenta los avatares del trabajo clínico y ético.

D. Consideraciones Éticas para la Clínica del Dolor

Iniciamos esta investigación con la pregunta ¿qué se haría el humano sin el dolor? Para el psicoanálisis, el dolor irrumpe en un cuerpo que no es equivalente al organismo y que es efecto del lenguaje, en tanto es marcado por la palabra del Otro. No nacemos con un cuerpo, sino que lo

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

vamos construyendo desde nuestra singularidad que anuda en los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico. El dolor hará su aparición en el anudamiento de los tres registros, las estructuras clínicas y las modalidades de goce o las formas del lenguaje del cuerpo. Las modalidades de goce en los sujetos femeninos irrumpen en el cuerpo que figura como fuente de malestar y esto tendrá implicaciones en el trabajo clínico y en nuestra posición ética. Se hace fundamental tener presente que la clínica implica poner en perspectiva también los acontecimientos del cuerpo del sujeto femenino.

A través de nuestro trabajo se entrelazaron aportaciones de Freud y Lacan para pensar el dolor crónico en sujetos femeninos. Las producciones discursivas que analizamos en los *blogs* nos invitan a tomar aspectos de la clínica diferencial en torno a los sujetos femeninos con dolores crónicos, y conceptualizar el dolor más allá de la histeria. Nuestra escucha clínica debe estar anclada y orientada desde la teoría para ser una aguda y rigurosa, pero sobre todo ética y no clasificatoria. Con esto nos referimos a que estructuras clínicas, si bien orientan, deben también dar espacio para otras preguntas teórico- clínicas. Podemos dar una definición del dolor, podemos hablar de una clínica del dolor, pero lo que se tomará en cuenta en el psicoanálisis es la subjetividad e interrogar qué lugar y función cumple el dolor en cada sujeto, lo que dependerá de su historia, de sus memorias, de su deseo y modalidades de goce.

Para finalizar, nuestra propuesta sostiene que sería fundamental escuchar al sujeto más allá de la clasificación nosológica en relación con el diagnóstico de la fibromialgia y otros diagnósticos asociados al dolor crónico. En el decir de Lacan en Lutereau (2014), de lo que se trata es de “trazar distinciones que importan..., y no meramente clasificar” (p. 347). De lo que se trata, en parte, es de ubicar la cronicidad del dolor y el sufrimiento en el sujeto femenino más allá de la psicopatología y mecanismos, pero también del diagnóstico y las etiquetas, para darle un

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

lugar a la posición subjetiva en la medida de lo posible. Dicho de otro modo, lo que nos interesa desde el psicoanálisis es interrogar la posición que cada sujeto asume ante su padecer.

Referencias

- Academia Americana de Médicos de Familia. (10 de febrero de 2018). *¿Qué es el dolor crónico?* <https://es.familydoctor.org/condicion/dolor-cronico/>
- Amaya-Ropero, M., y Carrillo-González, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4),461-474. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>
- Ambertín, M. G. (2012). Dualidad del síntoma en psicoanálisis. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, (12), 81-89.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Bernstein, Lawrence R. (2020) A pragmatic, general definition of pain. *PAIN Reports* 5(2): *pe 813, March/April 2020. / DOI: 10.1097/PR9.0000000000000813*
- Assoun, P. (1987). *Introducción a la epistemología freudiana*. Siglo XXI Editores.
- Bicecci, M. (1992). El cuerpo y el lenguaje. En N. Braunstein, *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. Fundación Mexicana de Psicoanálisis.
- Braunstein, N. (2006). *El goce: un concepto lacaniano*. Siglo XXI.
- Brousse, Marie-Hélène. (2000) Conferencia ¿Qué es una mujer? <https://www.scribd.com/doc/265005753/Marie-Helene-Brousse-Que-Es-Una-Mujer-2000>
- Camaly, G. (2020). *Los impasses de la feminidad: goces y escrituras*. Grama ediciones.
- Castelluccio, C. (2013). *El fenómeno del tatuaje: nombre propio y escritura*. Letra viva.
- Chavez Hidalgo, Danny. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100011&lng=en&tlng=es.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y

morbilidad. Dolor crónico. <https://icd.who.int/browse11/lm/es#/>

<http://id.who.int/icd/entity/1581976053>

Cohen, L. (2002). El “Proyecto de Psicología” del Dr. Sigmund Freud. Tres conceptos esenciales: memoria, yo y pensar. En *Permanencia y cambios en la experiencia psicoanalítica*. FEPAL XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Uruguay. <https://www.scribd.com/document/377055050/Cohen-Leon-El-Proyecto-de-Psicologia-de-Sigmund-Freud>

Colegio Americano de Reumatología (n.d.). <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condicion/Fibromialgia>

Collazo, S. (2015). Develando los entramados del cuerpo: aproximaciones a partir de la clínica psicoanalítica. (No. 1014650) [Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

Corominas, J (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos

Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Andrés Bello.

Dessal, G. (2019). *Inconsciente 3.0 Lo que hacemos con las tecnologías y lo que las tecnologías hacen con nosotros*. Xoroi Edicions.

Dör, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Amorrortu editores.

Evans, D. (2005). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

Farías, F. (2010). El cuerpo del síntoma. Histeria y feminidad. En: B.E. Maya, D. Ávila, G. Espina, J.M. Uribe & R. Rojas (Eds.), *El cuerpo y sus registros*. Medellín: Asociación América Latina Norte.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- Farías, F. E. (2016). Sentimiento inconsciente de culpa y superyó en la mujer. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Forastieri-Villamil, C. (2015). Clínica del estrago madre-hija: Entre la sexualidad, la (con)fusión y la devastación (No. 1014650) [Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Foucault, M. (1999). Estrategias de poder. Traducción al castellano por Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Ediciones Paidós Ibérica.
- Freud, Sigmund (1890) Tratamiento Psíquico (Tratamiento del Alma). En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. I, (págs. 11-132). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1950/1895). Proyecto de psicología. Obras completas, Vol. I, (págs. 323-446) Amorrortu editores.
- Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. II. (págs. 151-194). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1886/1976). Informe sobre mis estudios en París y Berlín En: J. Strachey (Ed.) Obras completas, Vol. I, Amorrortu editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas, Vol. IV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1901/1989). Psicopatología de la vida cotidiana (1901). En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas, Vol. VI. (págs. 306-306). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905a) Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. VII. (págs. 1-107). Amorrortu editores.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- Freud, S. (1905b). Tres ensayos de teoría sexual. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. VII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y elaborar. En: J. Strachey (Ed.) Obras completas, Vol. XII, (págs. 145-157). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XIV. (págs. 105-134). Amorrortu editores
- Freud, S. (1920a). Más allá del principio de placer. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XVIII. (págs. 1-62). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914/1992). Introducción del Narcisismo En J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XIV, (págs. 65-98). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía En J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XIV, (pág. 235-256). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XIX. (págs. 1-59). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924b). Problema económico del masoquismo. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XIX. (págs. 161-176). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. En J. Strachey (Ed.) Obras Completas, Vol. III. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XX, (págs. 71-164). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XXI. (págs. 223-244). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1933). 33a Conferencia. La Femenidad. En: J. Strachey (Ed.) Obras

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Completas. Vol. XXII. (págs. 104-125). Amorrortu editores.

Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En: J. Strachey (Ed.) Obras Completas. Vol. XXI. Amorrortu editores.

Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS). (septiembre 2021). Fibromialgia. <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/fibromialgia>

Gallano, C. (1986/1994). “Los deberes de la histérica”. *Histeria y obsesión*. Manantial.

Gallano, C. (2000). *La alteridad femenina*. Asociación del Foro del Campo Lacaniano de Medellín.

Iuale, L. (10 de marzo de 2022). *Los goces en la clínica psicoanalítica*. [Video] <https://www.youtube.com/watch?v=n0pR03sn3aw>

Imbriano, A. (2008). El goce es la satisfacción de la pulsión. *Affectio Societatis*, 5(8).

Gallano, C. (30 de agosto de 2016) Histerias del siglo XXI. <https://colegiodepsicoanalisisdemadrid.es/histerias-del-siglo-xxi/>

Giussi, J. (2011). El sujeto y la experiencia de dolor. En III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología (La Plata, 2011).

Gómez Escudero, M. A. (2012). Memorias del sufrimiento. *El sufrimiento y las falacias de su control*. Taller del Coloquio XXXIII. (págs. 29-38). Puerto Rico: Taller del Discurso Analítico.

González, H. M. V. (2011). Lo femenino y el dolor en tres tiempos. Ponencia presentada en el Coloquio XXIV: Pensar las diferencias, organizado por el Taller del Discurso Analítico el 2 y 3 de diciembre de 2011 en el Museo de Arte de Caguas, Puerto.

Gualtieri, L., & Akhtar, F. Y. (2013). Cancer patient blogs: How patients, clinicians, and

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- researchers learn from rich narratives of illness. In Proceedings of the ITI 2013 35th International Conference on Information Technology Interfaces, p.1.
- Gurak, L. J., & Antonijevic, S. (2008). The psychology of blogging: You, me, and everyone in between. *American Behavioral Scientist*, 52(1), 60-68.
- Heilferty, C. M. (2009). Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1539-1547.
- Pain Relief Promotion Act of 2000, H.R.2260, 106th Congress (1999-2000):
<https://www.congress.gov/bill/106th-congress/house-bill/2260>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105.
- Kasper, S. (2009). The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24(Suppl1), S25-S30. doi:10.1002/hup.1027P.S25
- Katz, J., Rosenbloom, B. N., & Fashler, S. (2015). Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), p.162
- Lacan, J. (1949). *Escritos I por Jacques Lacan*. Siglo XXI Editores
- Lacan, J. (1955-56/2002). El significante, en cuanto tal, no significa nada, *El seminario de Jacques Lacan*, Libro 3: Las psicosis. Paidós.
- Lacan, J. (1957-58/2003). El seminario, Libro 5: Las formaciones del inconsciente, *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (2001b). El Seminario de Jacques Lacan, Libro 4: La relación de objeto. Editorial Paidós.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- Lacan, J. (1960/1988). El seminario La ética del psicoanálisis, Libro 7, *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (1966/2005). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1975/2006). El seminario El Sinthome, Libro 23, *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (1975/1997). Joyce el síntoma II, *El seminario de Jacques Lacan*.
<https://www.scribd.com/doc/274750314/1976-Joyce-El-Sintoma-II-doc>
- Lacan, J. (1960) Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina, *Escritos* 2. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Libro 11: *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963/2006). El Seminario. Libro 10: La angustia. *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (1970/1993). Radiofonía. *Psicoanálisis: Radiofonía & Televisión*. Anagrama.
- Lacan, J. (1972-73/ 2004). El seminario 20 Aún. *El seminario de Jacques Lacan*. Editorial Paidós.
- Lacan J. (1974) Ornicar? Seminario R.S.I. n.2. *El seminario de Jacques Lacan*. p. 96
- Laplanche, J. P., & Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*.
- Laurent, E. (1999). *Posiciones femeninas del ser*. Tres Haches.
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia: Revista digital de la EOL*, (6) 2
- Leibson, L. (2000). Notas sobre el cuerpo. *Psicoanálisis y el Hospital: El cuerpo en la clínica*. Vol.9 (18), p.12.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- Leibson, L. (2019). La articulación entre cuerpo y goce: ¿Una dialéctica del síntoma? En XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Lledó, A., Fernández-Díez, E., Pastor, M., López-Roig, S., Ibáñez Ballesteros, J., & Sorinas Nerín, J. (2016). Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119-128.
- Lemma, A., & Caparrotta, L. (Eds.). (2013). *Psychoanalysis in the technoculture era*. Routledge.
- León-López, P. (2011). El duelo, entre la falta y la pérdida. *Desde el jardín de Freud*, (11), p. 67-76.
- Londoño Pérez, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S., & Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10(1), p. 26
- Lutereau, L. (2014). Consideraciones preliminares para una investigación sobre lo femenino en psicoanálisis. *Revista Borromeo*, Núm. 5, 343-357.
<http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Lutereaulofemenino.pdf.pdf>
- Madormo, A. (4 de abril de 2019). Lo indecible, el cuerpo, lo psicosomático. *Letra Viva Imago Agenda*. El Sigma.com: http://www.elsigma.com/fenomenos-psicosomaticos/lo-indeciblecuerpolopsicosomático/13574?fbclid=IwAR0DG6b4IfRAte9vAa5tZ1XE_4q1FlQNNa6byUXXRe5-5mtba8qjZ8atRw
- Miller, J-A. (2010). *Los divinos detalles*. Paidós.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Morin, I. (2006). *El enigma de lo femenino y el goce*. Asociación Foro Lacaniano, Medellín

Morris, D. L. (1991). *Cultura del dolor*. Ediciones Andrés Bello. Santiago

Naranjo Osorio, O. L. (2015). Del deseo en las mujeres. Respuestas de las mujeres frente a la falta. *Affectio Societatis*, 12(23).

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. (17 de febrero de 2018). What Is Fibromyalgia? https://www.niams.nih.gov/sites/default/files/catalog/files/fibromyalgia_ff.pdf

Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y el amor*. Editorial Gedisa

Nasio, J. D. (1997) *El dolor de la histeria*. Paidós

Parker, I., & Pavón-Cuéllar, D. (Eds.). (2013). *Lacan, discurso, acontecimiento: nuevos análisis de la indeterminación textual*. Plaza y Valdés.

Perassi, S. (2016). Alteridad de lo femenino. Debates y perspectivas de la mano de Lacan. *Lapso*, (1), págs. 17-23.

Pérez, D. (2010). Histeria y neurosis obsesiva: Hacia un (psico)análisis diferencial de la estructura neurótica. Disertación doctoral del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Polaco, L. (2006). Acerca de... Isabel Von R. *Acheronta: revista de psicoanálisis y cultura*. <https://www.acheronta.org/acheronta23/polaco.htm>

Queiroz, E. F. D. (2012). Dor e gozo: de Freud a Lacan. *Revista latinoamericana de Psicopatología fundamental*, 15(4), 851-866.

Raja, S. N., Carr, D. B., & Cohen, M. (May 23, 2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises Pain. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

Ramos, C., & Mahé, L. (2012). Enfermedad, cuerpo y síntoma. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, (12), 267-277.

Real Academia Española. (s.f.). Deseo. En Diccionario rae.es. Recuperado el 20 de enero de 2023 de <https://dle.rae.es/deseo>

Real Academia Española. (s.f.). Dolor. En Diccionario rae.es. Recuperado el 4 de enero de 2018, de <https://dle.rae.es/dolor>

Real Academia Española. (s.f.). Doler. En Diccionario rae.es. Recuperado el 4 de enero de 2018, de <https://dle.rae.es/doler>

Real Academia Española. (s.f.). Laberinto. En Diccionario rae.es. Recuperado el 20 de enero de 2023 de <https://dle.rae.es/laberinto>

Real Academia Española. (s.f.). Sufrir. En Diccionario rae.es. Recuperado el 4 de enero de 2018, de <https://dle.rae.es/sufrir>

Real Academia Española. (s.f.). Sufrimiento. En Diccionario rae.es. Recuperado el 4 de enero de 2018, de <https://dle.rae.es/sufrimiento>

Real Academia Española. (s.f.). Vivencia. En Diccionario rae.es. Recuperado el 4 de enero de 2018, de <https://dle.rae.es/vivencia>

Rovere, C. (2019). Lo femenino y la feminidad. *Psicoanálisis en la universidad* (3), 103-111.

Roudinesco, E., & Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

Santander, T et al (2011). “Perspectivas epistemológicas en la investigación cualitativa”. *Proceso de la investigación cualitativa*, 47-67.

Societal Impact of Pain (SIP) (n.d.) <https://www.sip-platform.eu/press-area/article/world-health-organisation-proposes-new-definition-of-chronic-pain-giving-hope-to-patients>.

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- Soler, C. (2007). *Declinaciones de la angustia*. Colección Ánfora, Estudios de Psicoanálisis.
- Soler, C. (2006). *Lo que decía Lacan de las mujeres*. Editorial No Todo.
- Soler, C. (2006). *Los ensamblajes del cuerpo*. Colombia: Asociación Foro del Campo Lacaniano Medellín.
- Soler, C. (1993). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. *Estudios de Psicósomática*. Vol.1, 93-114.
- Soler, C. (2001-2002/2013). *El en-cuerpo del sujeto*. Colección estudios de psicoanálisis. GG Ediciones.
- Soler, C. (2015). Conferencia: Apalabrados por el Capitalismo. V Jornada de Clínica de Adultos I “El Psicoanálisis en la Crisis del Lazo Social” (UBA)
<https://youtu.be/fBz0WBiDkMw>
- Tsai, S., Crawford, E., & Strong, J. (2018). Seeking virtual social support through blogging: a content analysis of published blog posts written by people with chronic pain. *Digital health*, 4, 2055207618772669.
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de psicologia*, 12(2), 161-174.
- Tuirán Rougeon, M. D. S. (2012). El duelo, versión femenina. *Desde el Jardín de Freud-Revista de Psicoanálisis*.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678.
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

- treatment of chronic pain patients—when pills, scalpels, and needles are not enough. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 213-223.
- Unamuno, M. (1914). Niebla. Editorial Castalia: España.
- Ussher, Jane & Perz, Janette. (2014). Part III Qualitative Methods: Exploring Social Words/Discourse of Analysis. In Rohleder, P., & Lyons, A. C. (Eds.). (2014). *Qualitative research in clinical and health psychology*. Macmillan International Higher Education.
- Van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascon, M. R., & Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 16(3), 255-263.
- Vilá González, H. (2011). Lo femenino y el dolor en tres tiempos. Ponencia presentada en el Coloquio XXIV: Pensar las diferencias, organizado por el Taller del Discurso Analítico, y celebrado los días 2 y 3 de diciembre de 2011 en el Museo de Arte de Caguas, P.R.
- Wilson, E., Kenny, A., & Dickson-Swift, V. (2015). Using blogs as a qualitative health research tool: a scoping review. *International journal of qualitative methods*, 14(5), 1609406915618049.
- Wolfe, F. et al. (2014). Symptoms, the Nature of Fibromyalgia, and Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM-5) Defined Mental Illness in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0088740>
- Wynn, R., Oyeyemi, S. O., Johnsen, J. A., & Gabarron, E. (2017). Tweets are not always supportive of patients with mental disorders. *Int J Integr Care*, 17(3), 149.
- Young, L. S. (2013). El psicoanálisis y la psicología discursiva han venido conversando a

DOLOR CRÓNICO FEMENINO

través. *Lacan, discurso, acontecimiento: Nuevos análisis de la indeterminación textual.*

Plaza y Valdés.

Apéndice A

Universidad de
Puerto Rico

COMITÉ INSTITUCIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE
LOS SERES HUMANOS EN LA INVESTIGACIÓN (CIPSHI)
IRB 00000944
cipshi.dagi@upr.edu - http://graduados.uprp.edu/cipshi

CERTIFICACIÓN

Número del protocolo: 2021-104

Título del protocolo: Subjetividades discursivas del dolor crónico
femenino: aproximaciones desde la teoría
psicoanalítica

Investigadora: Damaris Roure Ortiz

Certifico que este protocolo fue evaluado administrativamente, autorizado y
declarado exento de la revisión adicional del CIPSHI bajo la categoría # 4 (i)
del 45 CFR §46.104 y de nuestra normativa institucional.


Carlos I. González Vargas, Ph.D.
Decano Interino

12 de marzo de 2021
Fecha

*Esta autorización solamente es válida para el protocolo de
investigación presentado durante el proceso de revisión
administrativa. Los cambios al protocolo deben ser notificados
inmediata y adecuadamente al CIPSHI. Al finalizar la
investigación, envíe la notificación de terminación. Los
investigadores son responsables de proteger los derechos y
procurar el bienestar de los seres humanos que participan en la
investigación y de cumplir con las disposiciones aplicables.*

Decanato de
Estudios Graduados
e Investigación
18 Ave. Universidad STE 1801
San Juan PR 00925-2512
787-754-0900
Ext. 36700
Fax 787-763-6011
Página electrónica:
http://graduados.uprp.edu

Patrón con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/E