



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación

Trastorno de Conversión de Dolor en Deportistas

Tesis

Que como parte de los requisitos para
Obtener el grado de

Maestro en Psicología Clínica

Presenta

Francisco Ricardo Cerezo Bermúdez

Dirigido por

Mtra. Iris Martínez Orozco

Centro Universitario, Querétaro, Qro., junio de 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación
Maestría en Psicología Clínica

Trastorno de Conversión de Dolor en Deportistas

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestro en Psicología Clínica

Presenta:

FRANCISCO RICARDO CEREZO BERMÚDEZ

Dirigido por:

Mtra. Iris Martínez Orozco

Mtra. Iris Martínez Orozco
Presidente

Firma

Dra. Araceli Gómez García
Secretario

Firma

Mtro. Alejandro Francisco Islas Trejo
Vocal

Firma

Dra. Dra. María del Mar Carrillo Hernández
Suplente

Firma

Dr. Erick Hurtado González
Suplente

Firma

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Junio de 2026
México

RESUMEN

La presente investigación es de carácter teórico-conceptual, de naturaleza cualitativa y documental, apoyándose en una perspectiva psicoanalítica, con referencia a las aportaciones de Sigmund Freud, Jacques Lacan y otros autores, que utilizando conceptos fundamentales del psicoanálisis ilustran la manifestación del sufrimiento psíquico en el cuerpo del atleta, abordando la experiencia de dolor y fijación somática, así como el concepto de compulsión a la repetición, que se aplica para entender la recurrencia de lesiones o bloqueos psicológicos, fenómeno que opera, impulsando al individuo a revivir experiencias traumáticas que no han sido simbolizadas, también se aborda el narcisismo e imagen corporal, argumentando que la inversión libidinal hacia la imagen del cuerpo del atleta puede resultar en sufrimiento psíquico ante la amenaza de una fallida realización del ideal del yo, lo que puede llevar a la inhibición, al auto-sabotaje o a la aparición de sintomatología psicosomática. Se aborda también El esquema corporal y la imagen del cuerpo, que son factores fundamentales en la construcción subjetiva del deportista, y su relación con el Otro y que puede influir en la manifestación de fenómenos histéricos o hipocondríacos.

La investigación se dirige al dolor no-orgánico como una expresión de conflictos inconscientes y la influencia del narcisismo y el autosabotaje en el sufrimiento psíquico. Se postula que fenómenos como la "Nikefobia" (miedo al éxito) o la tendencia de "los que fracasan al triunfar" reflejan un conflicto entre el deseo consciente y las limitaciones inconscientes, manifestándose en forma de dolores y síntomas corporales sin una causa orgánica identificable, que actúan como una especie de "castigo" o "compensación" simbólica por el éxito. Lo cual se manifiesta como un trastorno de conversión.

Palabras clave: Dolor, deportista, psicoanálisis, trastorno de conversión, conflicto inconsciente.

ABSTRACT

This research is of a theoretical-conceptual nature, qualitative and documentary, based on a psychoanalytic perspective, with reference to the contributions of Sigmund Freud, Jacques Lacan and other authors, who using fundamental concepts of psychoanalysis illustrate the manifestation of psychic suffering in the athlete's body, addressing the experience of pain and somatic fixation, as well as the concept of repetition compulsion, which is applied to understand the recurrence of injuries or psychological blocks, a phenomenon that operates by driving the individual to relive traumatic experiences that have not been symbolized, narcissism and body image are also addressed, arguing that the libidinal investment towards the athlete's body image can result in psychic suffering in the face of the threat of a failed realization of the ego ideal, which can lead to inhibition, self-sabotage or the appearance of psychosomatic symptoms. It also addresses the body schema and body image, which are fundamental factors in the subjective construction of the athlete, and their relationship with the Other and which can influence the manifestation of hysterical or hypochondriacal phenomena.

Research focuses on non-organic pain as an expression of unconscious conflicts and the influence of narcissism and self-sabotage on psychological suffering. It is postulated that phenomena such as "Nikephobia" (fear of success) or the tendency of those who "fail to succeed" reflect a conflict between conscious desire and unconscious limitations, manifesting as bodily pain and symptoms without an identifiable organic cause, which act as a kind of symbolic "punishment" or "compensation" for success. This manifests as a conversion disorder.

(Key words: Pain, athlete, psychoanalysis, conversion disorder, unconscious conflict)

Dedicatorias

A mis padres, mis hermanos, mi esposa y mis hijos.

Así como a quienes me apoyaron y
acompañaron para poder concluir
este trabajo.

Agradecimientos

Quiero dar mi más sincero y profundo agradecimiento a las maestras Iris Martínez Orozco y Rosa Adriana Segura Pérez quienes me apoyaron para después de mucho tiempo poder concluir este trabajo de tesis, muchas gracias.

A mi esposa e hijos que me soportaron y soportan en los momentos creativos, no soy una persona fácil en esos momentos, gracias por soportarme.

A mi amigo doctor en medicina del deporte Javier Santiago Antonio por apoyarme e impulsarme para abordar el tema de esta investigación.

A mi directora de facultad por todo su apoyo y facilidades para poder concluir este proceso. Gracias Doctora Judith Valeria Frías Becerril.

Índice

RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
Agradecimientos	vi
Índice.....	vii
I. Introducción	1
II. Revisión de Literatura	7
Antecedentes	7
Marco Teórico	9
CAPITULO 1	9
CONCEPTOS SOBRE EL DOLOR	9
1.1 El Concepto De Dolor Desde la Perspectiva de la Psiquiatría	9
1.2 El Concepto de Dolor Desde la Perspectiva de la Medicina.....	13
1.3 La Definición del Dolor Según la International Association for the Study of Pain.	15
1.3.1 Mecanismo Fisiopatológico del Dolor	18
1.3.2 Clasificación Según el Contexto Clínico	19
1.4 El Concepto de Dolor Desde la Perspectiva Freudiana y Otras	22
Aportaciones Psicoanalíticas	22
1.5 El Dolor Como Goce, Castigo y Sustitución del Conflicto Reprimido	24
CAPITULO 2	26
MARCO TEÓRICO PSICOANALÍTICO	26
2.1 Proyecto de Psicología Para Neurólogos, Complejo del Prójimo,	26
Vivencia de Satisfacción y la Vivencia de Dolor	26
2.1.1 Vivencia de Satisfacción	26
2.2 La Vivencia de Dolor	30
2.2.1 Dolor y Repetición. La Compulsión de Repetición	32
2.2.2 La Pulsión de Muerte.....	34
CAPITULO 3	35
EL CUERPO Y DOLOR DESDE EL PSICOANÁLISIS	35

3.1	El Dolor en La Configuración del Yo y del Superyó	35
3.2	El Dolor Corporal en la Teoría de Juan-David Nasio.....	40
3.2.1	La Inscripción del Dolor en el Inconsciente	42
3.2.2	Dolor, Pulsión y Trauma	43
3.2.3	La Dimensión Subjetiva Del Dolor	44
3.2.4	El Dolor de la Ruptura o Lesión	45
3.3	La Histeria Como Fundamento del Psicoanálisis.....	47
3.4	El Trastorno de Conversión Desde la Teoría Psicoanalítica de.....	51
	Freud.....	51
3.4.1	La Represión Como Mecanismo Fundante del Síntoma	52
3.4.2	El Cuerpo Como Texto Simbólico.....	53
3.4.3	El Dolor Como Formación Sustitutiva	53
3.5	La Hipocondría en la Teoría Freudiana	54
3.5.1	La Conversión Somática y la Hipocondría.....	58
3.6	Las Lesiones y el Dolor en "Más Allá del Principio de Placer" de Freud	58
3.7	La Problemática del Semejante en Freud	61
3.7.1	El Semejante como Objeto de Amor y de Odio	62
3.7.2	El Semejante y la Constitución del Yo.....	62
3.8	Falla en la Percepción y Recuerdo que se Constituyó en.....	63
	Representación	63
3.8.1	El Paso de la Percepción a la Representación.....	64
3.9	El Esquema Corporal.....	65
3.9.1	Trastornos Relacionados con el Esquema Corporal.....	67
3.10	Imagen Corporal	67
3.11	El Esquema e Imagen Corporal desde la Perspectiva de la Teoría Psicoanalítica	70
3.11.1	La Imagen Corporal desde la Perspectiva Psicoanalítica de.....	71
	Jacques Lacan	71
CAPITULO 4		72
4.1	Helene Deutsch y sus Aportaciones a la Psicología del Deporte.....	72
4.1.1	Autoboicot y Lesiones Deportivas	74
4.2	Los Que Fracasan Cuando Triunfan	75

4.2.1	El Éxito Como Desencadenante del Fracaso	76
4.2.2	El Complejo De Edipo y su Importancia en los que Fracasan Cuando Triunfan.....	78
4.2.3	La Culpa Inconsciente, el Temor y la Necesidad de Castigo.....	78
4.3	NIKEFOBIA	80
4.4	Caso de Estudio	81
4.4.1	Estructura del conflicto	84
4.4.2	Mecanismos Psíquicos Presentes en el Caso	85
4.4.3	Hipótesis del sentido del síntoma	85
4.4.4	Resolución	86
III.	Hipótesis y Supuestos de la Investigación	86
IV.	Objetivos	90
V.	Metodología.....	91
VI.	Resultados y Discusión	95
	El Trastorno de Conversión Como Eje Articulador del Fenómeno.....	96
	Diálogo Crítico entre Psicoanálisis, Medicina y Psiquiatría.....	96
VII.	Discusión y Conclusiones	106
VIII.	Bibliografía	112

I. Introducción

El dolor en deportistas ha sido tradicionalmente estudiado desde una perspectiva biológica, asociándolo a lesiones o sobrecargas musculares. No obstante, el psicoanálisis, propone otra explicación, el dolor puede entenderse no solo como una vivencia sensorial sino también como una manifestación psíquica, que expresa la estructura del sujeto y su historia. En este sentido, el dolor no-biológico en los deportistas se puede relacionar con conflictos inconscientes, deseos reprimidos y procesos de simbolización que inciden en su rendimiento y bienestar general.

Desde la teoría psicoanalítica, Freud (1895/1973) en su "Proyecto de Psicología para Neurólogos" introduce la noción de vivencia de satisfacción y vivencia de dolor como constitutivas del psiquismo. Esta última se inscribe en el aparato psíquico cuando una experiencia no logra ser tramitada simbólicamente, generando una fijación o un retorno en lo somático. Así, el dolor biológico, pero de origen psicológico en deportistas puede entenderse como la manifestación de un síntoma en el cuerpo.

Cuando una vivencia de dolor se inscribe como aquello que no fue satisfecho por el auxilio ajeno, se genera un incremento en la excitación que se traduce en displacer lo cual repercute en la constitución subjetiva del sujeto y por lo tanto del deportista. Freud (1920/2008) en "Más allá del principio del placer" plantea el concepto de compulsión a la repetición, donde los sujetos tienden a revivir experiencias traumáticas en un intento de elaboración inconsciente. Este fenómeno podría explicar por qué algunos deportistas experimentan lesiones recurrentes o bloqueos psicológicos ante situaciones competitivas.

Lacan (1973/2008) en "Una puntuación en Lacan" amplía este concepto con la noción de esquema corporal e imagen del cuerpo, elementos fundamentales en la construcción subjetiva del sujeto y por tanto del deportista.

La relación con el semejante y la mirada del Otro pueden ser determinantes en la emergencia de fenómenos histéricos o hipocondríacos que afectan su desempeño. En este sentido, fenómenos como la "Nikefobia" (el miedo al éxito) o lo expresado en el texto de "Los que fracasan cuando triunfan" reflejan un conflicto entre el deseo y la prohibición inconsciente, generando síntomas que dificultan la consolidación del rendimiento deportivo.

Este problema se complejiza aún más cuando se considera el narcisismo y la construcción de la identidad en el deportista. Freud (1914/1979) en "Introducción al narcisismo" expone cómo la inversión libidinal en la imagen del cuerpo puede generar un sufrimiento psíquico ante la amenaza de una falla en el ideal del yo. En este contexto, el dolor no-biológico en el deportista podría entenderse como una respuesta a la imposibilidad de sostener una imagen idealizada de sí mismo, lo que lo conduce a experiencias de inhibición, auto boicot o sintomatología psicosomática.

Por lo tanto, el presente estudio busca analizar el dolor que se percibe y siente a nivel biológico, pero que no tiene un origen en lo biológico, sino en lo psicológico en deportistas, esto desde una perspectiva psicoanalítica, explorando cómo la historia personal, los conflictos inconscientes y la relación con el Otro determinan la manifestación del sufrimiento psíquico en el cuerpo. Para ello, se tomará en cuenta la teoría freudiana y lacaniana, así como estudios contemporáneos que abordan la problemática del dolor psíquico en el ámbito clínico y que pueden aplicarse en el deportivo.

La presente investigación se plantea que el dolor en deportistas, el cual no es atribuido a causas orgánicas no es accidental, sino una manifestación a través de la cual el deportista, la persona, tramita conflictos que no han podido ser expresados mediante la palabra y la vía de expresión ha devenido en una manifestación somática, en esta relación con la conversión, del dolor físico se ha convertido en un sustituto de un dolor psíquico, hay un simbolismo, una metáfora,

“el cuerpo habla, a través del dolor, en este también hay una función defensiva, ya que no participar en competencias o tener descansos en los entrenamientos estaría aprobado sin tener que justificar una debilidad emocional o un miedo al éxito o al fracaso.

Como otro síntoma de conversión se presenta una innervación, pues el deportista siente un dolor real, porque el síntoma utiliza vías sensoriales, dolor que es desencadenado por el conflicto psíquico subyacente y no por daño en los tejidos.

Estos elementos del trastorno de conversión dan cuenta de la necesidad de abordar el fenómeno descrito en la presente investigación desde una perspectiva que nos ofrece el psicoanálisis.

Problema de Investigación

Contemporáneamente se ha abordado el tema del dolor en general como una cuestión meramente biológica, sin atender las causas psicológicas implicadas en el fenómeno, es por ello que la presente investigación se plantea:

¿De qué manera los factores psicológicos del deportista desencadenan procesos de conversión que se manifiestan como dolor físico sin sustento orgánico aparente?

Debido a que el dolor se ha estudiado casi exclusivamente desde una perspectiva biológica, este enfoque resulta insuficiente para explicar dolores que no tienen una causa médica identificable.

Deportistas del estudio

La investigación se centra en deportistas que experimentan dolores crónicos, idiopáticos o lesiones recurrentes sin una clara base medica orgánica, esto en contextos de competencia que frecuentemente presentan presión y estrés elevados.

Justificación

La presente investigación se fundamenta en la necesidad de trascender la visión tradicional en el abordaje del dolor en el ámbito deportivo, la cual generalmente se limita a una perspectiva solo biológica y orgánica, por su parte la presente propone que el dolor puede entenderse como una manifestación psíquica que expresa la estructura subjetiva y la historia del individuo.

Profundización, integración y articulación

La presente también considera que el enfoque psicoanalítico continúa siendo un poco utilizado en la literatura deportiva científica, es de esta forma que se busca demostrar que conceptos fundamentales del psicoanálisis se manifiestan y operan en el cuerpo de los atletas y que provocan lesiones o dolores recurrentes. El presente también se justifica pues a nivel práctico, pues aporta a la psicología clínica y la psicología deportiva proponiendo estrategias terapéuticas más eficaces, pues integra las dimensiones simbólicas y emocionales del dolor, lo cual posibilita la identificación de síntomas psicósomáticos que no aborda y no resuelve la visión biomédica.

Por lo tanto, es importante señalar que el enfoque de la presente investigación se sitúa en el psicoanálisis, fundamentalmente porque esta perspectiva permite comprender a algunos tipos de dolor en deportistas no solo como una sensación surgida de la biología, sino más bien como una manifestación psíquica que expresa la estructura del sujeto y su historia personal.

En el desarrollo de la investigación es evidente que el modelo biomédico es insuficiente para explicar los dolores que presentan algunos deportistas, el psicoanálisis en cambio, ofrece herramientas para abordar este tipo particular de dolor que persiste en ausencia de lesiones físicas evidentes.

Para la presente investigación se utiliza el sentido psicoanalítico clásico de trastorno de conversión, entendiéndolo como un mecanismo de formación de

síntomas en la histeria, donde el psicoanálisis propone que algunos síntomas físicos no tienen una causa orgánica, sino más bien son resultado de la manifestación simbólica de conflictos psíquicos. Como categoría nosológica lo utiliza más bien la psiquiatría.

Es importante precisar que el trastorno de conversión constituye el eje central debido a que permite explicar cómo es que los conflictos inconscientes de deportistas que presentan dolor no orgánico se manifiestan como dolor físico o lesiones recurrentes sin causa orgánica identificable. Esto debido a que esta aportación psicoanalítica permite trascender el modelo biomédico tradicional, proponiendo que el cuerpo del deportista es un escenario donde se presentan tensiones emocionales y mensajes cifrados del inconsciente.

La elección y presencia de los autores que se encuentran citados en la presente investigación es pertinente y fundamental, ya que con sus aportaciones permiten la realización de un cambio de paradigma, pasando de una visión puramente biológica del fenómeno de dolor en el deportista a otra interpretación analítica y subjetiva del síntoma.

Los desarrollos teóricos y aportaciones de los autores permiten construir un marco conceptual que explica cómo es que el cuerpo del deportista se convierte en el escenario de conflictos inconscientes.

Freud es uno de los autores pilares de la presente investigación, pues es pionero en explicar que los síntomas físicos pueden ser la manifestación de conflictos inconscientes, su presencia es fundamental para poder entender el concepto de mecanismo de conversión, así también sus conceptos de compulsión a la repetición y las vivencias de dolor y satisfacción permiten entender cómo es que deportistas presentan lesiones recurrentes o bloqueos que escapan a su control voluntario o consciente. Sus aportaciones teóricas en el escrito de “los que fracasan cuando triunfan” también aportan la idea de que el ser humano puede enfermar cuando alcanza un deseo anhelado, lo cual puede explicar un

autosabotaje representado por un dolor no biológico como una forma de castigo simbólico.

Por otra parte, Jacques Lacan es pertinente con sus aportaciones a esta investigación porque profundiza en cómo se construye el cuerpo más allá de la anatomía, situándolo en los registros de lo Imaginario, Simbólico y Real. Se utiliza lo desarrollado por él en su teoría del estadio del espejo, pues es crucial para entender como la exigencia y la mirada del Otro determinan la aparición de fenómenos conversivos, histéricos o hipocondriacos. También con sus teorías, permite entender que el cuerpo está marcado por el lenguaje, por lo tanto, permite explicar cómo es que como algunos tipos de dolor como el no biológico en el deportista, puede ser un mensaje cifrado que requiere ser interpretado a través de la palabra y no solo tratado médicamente.

Por otra parte, las aportaciones de Juan David Nasio, con su visión psicoanalítica lacaniana, incorporan su enfoque de dolor psíquico y dolor y sufrimiento corporal, ya que ofrece una clasificación necesaria para la presente investigación, distinguiendo entre Dolor Real, Simbólico e Imaginario. Entre otros elementos, define la “percepción somato-pulsional”, que apoya a entender cómo es que un impacto emocional puede sentirse como una ruptura física real en el cuerpo.

Otra autora psicoanalítica fundamental para el desarrollo de la presente investigación es Helene Deutsch, pues es pionera en vincular directamente al psicoanálisis con el rendimiento deportivo, también con sus estudios en psicosomática y la influencia de motivaciones inconscientes se puede entender a la realización de actividades deportivas como una vía para desplazar motivaciones internas hacia el exterior, sus aportaciones sobre el masoquismo y el narcicismo también permiten explicar conductas autodestructivas el deportistas, como el sobre entrenamiento o la predisposición a lesiones como formas de

castigo o expiación, elementos directamente vinculados a lo propuesto por Freud en “los que fracasan cuando triunfan”.

Es fundamental señalar que La investigación abordará tres enfoques o perspectivas de abordaje del dolor no explicado por lesiones físicas o bioquímicas, la perspectiva médica o biomédica, la perspectiva psiquiátrica y la perspectiva psicoanalítica, siendo el psicoanálisis el lugar y teórico y metodológico desde donde se abordará el fenómeno.

II. Revisión de Literatura

Antecedentes

El estudio del dolor psíquico en deportistas ha sido abordado desde diferentes disciplinas, aunque el enfoque psicoanalítico sigue siendo un campo poco explorado en la literatura científica. Freud (1895/1973) fue pionero en abordar y explicar la relación entre la psique y el cuerpo, proponiendo que los síntomas somáticos pueden ser manifestaciones de conflictos inconscientes. Posteriormente, Lacan (1973/2008) profundizó en lo ya desarrollado por Freud al introducir los conceptos de imagen del cuerpo y la relación del sujeto con el Otro, los cuales tienen aplicaciones no solo en lo clínico, sino también se pueden extender a ámbito deportivo.

Recientes Investigaciones han explorado la relación entre la psicología y, el dolor. En "Antropología del dolor", Le Breton (1999) investigó como es que la cultura y las experiencias personales pueden influir en la manera en que se percibe y siente el dolor, incluido el dolor emocional. McDougall (1999) en "Teatros del cuerpo" describe cómo los síntomas físicos pueden ser manifestaciones de problemas emocionales y mentales no resueltos.

Otros estudios han señalado la importancia de la salud mental en el deporte de élite o alto rendimiento. Anshel (2018) destaca que la presión y el

estrés en el ámbito deportivo pueden tener como resultado síntomas psicosomáticos en atletas. Por su parte, Tod (2022) examina cómo el narcisismo impacta sobre la autoimagen de los deportistas, señalando que la frustración por no cumplir con las expectativas que se plantean puede generar experiencias de dolor físico que tienen claramente un origen psicológico.

Estudios de Andersen y Williams (1988), han investigado la relación que existe entre el estrés y las lesiones deportivas, como resultado sugieren que factores de origen psicológico impactan en la vulnerabilidad a presentar lesiones. Kearney y Trull (2012) han analizado la influencia de la ansiedad y el estrés en la percepción del dolor en atletas de alto rendimiento. Por su parte Weinberg y Gould (2010) han destacado la importancia de la resiliencia psicológica en la prevención de trastornos psicosomáticos en el ámbito de la actividad física y el deporte.

Otras investigaciones han estudiado la relación entre dolor psicológico y el desempeño deportivo. Por ejemplo, los trabajos de Guillén y Sánchez (2017) sobre psicología deportiva, señalan que los atletas con altos niveles de ansiedad competitiva son más proclives a experimentar síntomas psicosomáticos, incluyendo dolor. Además, investigaciones como las de Ortega y Olmedilla (2011) señalan la importancia de intervenir psicológicamente para abordar estos síntomas, utilizando recursos como el entrenamiento en regulación emocional y técnicas de relajación.

Estas investigaciones abarcan y muestran la necesidad de un examen más profundo del dolor que sin causas medicas pueden presentar los deportistas. Por lo cual la presente investigación pretende integrar los presentes hallazgos y explicarlos desde un enfoque psicoanalítico que permita una comprensión más exhaustiva de los síntomas somáticos y la compleja interrelación que presenta con el funcionamiento psíquico.

Marco Teórico

CAPITULO 1

CONCEPTOS SOBRE EL DOLOR

1.1 El Concepto De Dolor Desde la Perspectiva de la Psiquiatría

La psiquiatría ha realizado aportes significativos a la comprensión del dolor como una experiencia que abarca dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales. Es así como la psiquiatría aborda el fenómeno del dolor como algo que trasciende una mera señal fisiopatológica y lo configura como una experiencia subjetiva con implicaciones profundas para la salud mental. El presente apartado analiza el concepto de dolor desde la óptica psiquiátrica, considerando su definición, las clasificaciones diagnósticas y su comorbilidad con trastornos mentales.

Desde la visión de la psiquiatría, el dolor se conceptualiza como una experiencia tanto sensorial como emocional que resulta desagradable y que puede estar, o no, asociada a un daño físico. Este abordaje desde la psiquiatría en relación al dolor, pone énfasis en la experiencia subjetiva del dolor, donde el sufrimiento psicológico percibido tiene una igualdad de importancia en relación a los aspectos somáticos. Es así como el dolor se considera más que solo un proceso neurofisiológico, pues se identifica como una construcción que está influenciada por la trayectoria personal, las experiencias previas, la cultura, la configuración de la personalidad y de forma muy particular en el contexto emocional del sujeto (Díaz et al, 2020).

Desde la perspectiva psiquiátrica, el DSM-5-TR clasifica el dolor dentro de los trastornos somáticos cuando se presenta y no puede ser completamente atribuido a una condición médica, y cuando también se presentan pensamientos, emociones o conductas que exceden la relación de la persona con lo que le está aconteciendo y que están vinculadas a los síntomas somáticos (American Psychiatric Association, 2014). Así el dolor puede ser considerado un trastorno

mental como tal, particularmente cuando afecta de manera considerable la vida cotidiana de la persona.

La psiquiatría también utiliza el concepto de "dolor psíquico" o "dolor emocional", el cual se refiere al sufrimiento subjetivo e intenso que surge a partir de pérdidas afectivas o conflictos internos no resueltos. Este tipo de dolor no necesariamente se localiza en una zona corporal específica, sin embargo, su capacidad y posibilidad de incapacitar puede ser comparable a la del dolor físico. Shneidman (1993), en su investigación señala que este tipo de dolor es un factor significativo en la aparición de pensamientos suicidas.

Es así como el dolor desde la perspectiva psiquiátrica adopta un enfoque integrador que explica como las personas perciben el dolor más allá del diagnóstico orgánico, al considerar aspectos emocionales, vínculos interpersonales y su contexto vital como factores en la vivencia y percepción del dolor.

Otro aspecto del dolor desde la psiquiatría es su conexión con los trastornos somatomorfos. Los trastornos somatomorfos, ahora referidos como trastornos de síntomas somáticos en el DSM-5-TR, se definen como la manifestación de síntomas físicos, como el dolor, los cuales no son completamente justificables por enfermedades médicas generales, pero que provocan un sufrimiento relevante en cuanto a lo clínico, o un deterioro significativo en las actividades sociales, laborales o en otras áreas importantes en la vida del individuo (American Psychiatric Association, 2014).

El sufrimiento en estos casos no es ficticio ni falseado; por el contrario, constituye una vivencia auténtica para la persona, lo que puede complicar aún más su manejo clínico. Este fenómeno se entiende de manera más efectiva a través de un enfoque biopsicosocial, en el cual el factor psicológico — en particular el inconsciente — desempeña una función fundamental en la manifestación somática del malestar emocional (Mordoh et al, 2008). Se ha

determinado que muchas de las personas que presentan este tipo de síntomas han experimentado situaciones de trauma, descuido o abandono, que se manifiestan físicamente al no hallar una vía psíquica para su procesamiento.

Es común observar en estos pacientes antecedentes de hipervigilancia corporal, alexitimia (dificultad para identificar y expresar emociones), así como una mayor propensión a la dramatización de los síntomas (Campo, 2009).

Por otra parte, el trastorno de conversión, conocido por la psiquiatría como trastorno de síntomas neurológicos funcionales, puede manifestarse a través de experiencias dolorosas. En ocasiones, el dolor se presenta junto con síntomas motores o sensoriales sin que exista una base neurológica que los justifique.

Desde la perspectiva clínica psiquiátrica, hay que subrayar que estos trastornos a menudo se acompañan de una elevada demanda de servicios médicos, así como de la realización de numerosos estudios diagnósticos innecesarios, lo cual genera frustración, tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud que los atienden. Además, estos trastornos se suelen presentar junto con otras afecciones mentales, como la depresión y la ansiedad, lo que dificulta aún más su diagnóstico y tratamiento (Díaz et al, 2020).

Otro aspecto abordado por la psiquiatría es la conexión entre el dolor y los trastornos del estado de ánimo, en particular la depresión y la ansiedad, es uno de los temas más significativos y complejos en la psiquiatría. Múltiples estudios clínicos y epidemiológicos han revelado una elevada comorbilidad entre el dolor crónico y los trastornos afectivos, lo que lleva a consecuencias importantes en términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico (Bulbena, 2025).

Se ha estudiado la relación entre de como el dolor crónico puede ser un desencadenante de la depresión. Pacientes que sufren de dolor persistente, especialmente cuando este no recibe un tratamiento efectivo, tienden muy frecuentemente a experimentar sensaciones de desesperanza, inutilidad y pérdida de propósito en la vida. La continua experiencia de sufrimiento y malestar,

así como la disminución de funcionalidad asociadas al dolor facilitan la aparición de síntomas depresivos como la anhedonia, el insomnio, la fatiga y el aislamiento social (Kaplan & Sadock, 2009).

También, es frecuente que una depresión ya existente incremente la percepción inadaptada y exacerbada del dolor. La cual se debe a mecanismos neurobiológicos, tales como alteraciones en las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas, pero fundamentalmente a distorsiones cognitivas que predisponen a que la persona perciba catastróficamente al dolor. Individuos que padecen depresión suelen experimentar el dolor de una manera más intensa y amenazante, lo que refuerza un ciclo negativo de sufrimiento tanto físico como emocional (Díaz et al, 2020).

Trastornos de ansiedad, especialmente los trastornos de pánico y la ansiedad generalizada, frecuentemente están relacionados con la presencia de dolor somático. Es muy común que individuos con estos trastornos presenten síntomas como dolor en el pecho, cefaleas tensionales y malestar gastrointestinal o muscular. Además, como las personas con estos trastornos presentan episodios de hipervigilancia, esto los conduce a presentar una mayor sensibilidad al dolor, lo que aumenta que se focalicen en las sensaciones físicas habituales y las derivadas del dolor, lo cual puede favorecer una interpretación como indicios de enfermedades más complicadas o reales (Organización Mundial de la salud, 2025).

Por otra parte el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades que es el estándar global oficial de la Organización Mundial de la Salud, conocido como CIE 11, abarca este tipo de dolor desde dos ángulos, por un lado, en el capítulo de neurología y medicina general, introduce el concepto de “Dolor Crónico Primario” dándole el carácter de una condición de salud donde los factores biológicos, psicológicos y sociales están intrínsecamente entrelazados, por otro lado, en el capítulo de trastornos mentales, se categoriza bajo los “

Trastornos de Malestar Corporal” donde el enfoque clínico no únicamente pretende demostrar la ausencia de una etiología médica, sino más bien se aboca en la intensidad del sufrimiento subjetivo, los pensamientos catastróficos asociados y la profunda interferencia que esta vivencia somática genera en la economía psíquica y en la vida cotidiana de quienes padecen este tipo de dolor.

1.2 El Concepto de Dolor Desde la Perspectiva de la Medicina

Desde los orígenes de la medicina el dolor es un concepto universal y a la vez difícil de definir. La experiencia del dolor ha acompañado a la humanidad a lo largo de su historia constituyendo una parte fundamental de la existencia humana y ha pasado de ser una señal que informa de alguna lesión o problema físico para convertirse en un objeto de estudio por parte de diferentes disciplinas. Es por eso que el concepto de dolor ha pasado por varias transformaciones de su concepto por parte de la medicina para así ser más eficaz en su diagnóstico y tratamiento.

Durante la mayor parte del siglo XX, la medicina occidental adoptó el modelo biomédico desarrollado por la fisiología experimental y las ciencias naturales. Este paradigma se basa en la premisa de que toda patología, incluido el dolor, posee una base orgánica, física o química que puede ser medida y abordada a partir de la aplicación del método científico. Desde este punto de vista, el dolor se interpretaba como una señal de alerta del organismo frente a una lesión o afección subyacente (García-Andreu, 2017).

Con esta perspectiva, el dolor se conceptualiza como un fenómeno objetivo, que se puede evaluar en términos de daño corporal. Esta perspectiva se manifestaba en la implementación de tratamientos que se centraban casi exclusivamente en la eliminación de los síntomas físicos, ya fuera por el uso de analgésicos o a través de intervenciones quirúrgicas. En los inicios del desarrollo de la teoría psicoanalítica Sin embargo, la práctica clínica ha evidenciado que la relación entre el daño en tejidos y el dolor no siempre se presenta de manera directa ya que se han documentado casos de dolor intenso en ausencia de

lesiones, así como también lesiones severas que se acompañan de una percepción dolorosa mínima, o de una gran percepción de dolor ante lesiones mínimas o inexistentes (Santiago y Belloch, 2002).

Esto se puede encontrar en los inicios del desarrollo de la teoría psicoanalítica freudiana en el abordaje de la histeria, pues para las histéricas el mapa neurológico no aplicaba.

Este tipo de hallazgos que no tienen una explicación a partir del modelo biomédico evidencian las limitaciones de este modelo, muy en particular en cuanto al tratamiento del dolor crónico, neuropático o idiopático, donde un enfoque que se apega solo a lo fisiopatológico resulta ser insuficiente.

Durante siglos, el dolor ha sido comprendido a través de diversos enfoques filosóficos, religiosos y hasta mitológicos., Hipócrates propuso una teoría llamada de los humores, sostenía que el dolor era consecuencia de un desbalance entre los humores del organismo. Esta interpretación se mantuvo vigente hasta la aparición del pensamiento cartesiano en el siglo XVII. René Descartes propuso una concepción mecanicista del cuerpo humano que postuló una distinción entre la mente y el cuerpo, y donde el dolor estaría localizado solo en el ámbito físico (Descartes, 1644/2002).

Este dualismo cartesiano tuvo un impacto directo en la medicina moderna, pues se enfocó en que solo la parte física del cuerpo era donde se presentaba el fenómeno doloroso y donde el dolor era el resultado de un estímulo nocivo en el cuerpo, siendo así que por siglos la medicina se enfocó en las causas orgánicas del dolor ignorando la experiencia subjetiva del paciente. Según Scarry (1985), el dolor “resiste el lenguaje”, lo que dificulta su comunicación y, en consecuencia, es frecuentemente desestimado por los profesionales de la salud si no hay evidencias fisiológicas que lo corroboren. Ejemplos como el dolor fantasma, en el cual una extremidad amputada continúa generando dolor o el dolor crónico sin

causa aparente, como en el caso de la fibromialgia, han puesto de manifiesto las limitaciones de un enfoque exclusivamente organicista (Melzack, 2001).

Uno de los desarrollos más significativos en la conceptualización biomédica del dolor se atribuye al neurocientífico canadiense Ronald Melzack, quien, en colaboración con Patrick Wall, introdujo en 1965 la teoría de la "puerta de control" del dolor. Esta teoría sugería que el dolor no debía ser considerado meramente como una reacción a la estimulación nerviosa, sino que su percepción dependía de una interacción compleja entre señales ascendentes; del cuerpo al cerebro y señales descendentes; del cerebro al cuerpo. (Melzack 2001).

Con el paso de los años, Melzack (2001) propuso la teoría de la neuromatriz, la cual sostenía que el dolor es producido por un conjunto de redes neuronales dispersas en el cerebro que integran información sensorial, cognitiva y emocional. De acuerdo con esta perspectiva, la experiencia de dolor puede presentarse sin la presencia de un daño físico; puede surgir a partir de una disfunción en los sistemas de procesamiento cerebral. Así, el dolor se presenta como una experiencia construida por la presencia de una falla en como procesa el cerebro, esto por influencia de factores internos y externos.

Este modelo transformó profundamente la manera en que la medicina aborda el dolor, promoviendo el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas fundamentadas en el control cognitivo, la neuroplasticidad y la colaboración entre disciplinas.

1.3 La Definición del Dolor Según la International Association for the Study of Pain.

Un cambio fundamental en la concepción biomédica del dolor se transformó gracias a las aportaciones y por la definición sugerida en 1979 por la International Association for the Study of Pain (IASP). Esta definición que fue revisada y actualizada en el año 2020, que establece: "El dolor es una experiencia sensorial

y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, con daño tisular real o potencial” (IASP, 2020).

Esta definición puso atención en elementos los cuales no se habían atendido proponiendo aspectos esenciales que se enfocaron hacia una transformación con una perspectiva más holística. Reconociendo que el dolor abarca no solo un elemento sensorial, sino también uno emocional. Esta definición también propone la posibilidad de experimentar dolor en ausencia de una lesión física evidente, lo que implica que la vivencia del dolor no se basa únicamente en lo corporal, sino que también depende de la percepción subjetiva, del contexto y de la historia personal del paciente.

Esta reformulación facilitó la incorporación de nuevos modelos explicativos en el ámbito de la biomedicina, como el modelo biopsicosocial, y promovió la inclusión de herramientas diagnósticas que consideren tanto elementos físicos como psicoemocionales (IASP, 2020).

Aún con el aporte de la IASP para la medicina ha sido un reto clasificar al dolor. Si se toma en consideración que el dolor es una experiencia que se percibe de forma subjetiva, su medición se complica. Pese a la existencia de instrumentos como la escala subjetiva numérica del dolor (que varía de 0 a 10) o la escala visual análoga, estos dependen de la autopercepción del paciente, por lo que se han presentado controversias en relación a su validez clínica (Aguilar et al., 2020).

Es por esta misma concepción biomédica que el dolor psicógeno o sin aparente causa orgánica ha sido subestimado pues ha prevalecido el criterio de "objetividad" diagnóstica. Esto ha hecho que se presente un subdiagnóstico del dolor, en particular en grupos vulnerables como personas mayores, mujeres o individuos con enfermedades crónicas. Por lo que su atención requiere una mayor sensibilidad, empatía y capacitación en la comunidad médica.

Comprender y tratar el dolor es una de las tareas fundamentales de la medicina, pues es un elemento que brinda información a los profesionales de la

salud, por lo cual se han creado distintas clasificaciones para su manejo, las cuales no solo son relevantes desde un punto de vista clínico y académico, sino que resultan valiosa e imprescindibles para un diagnóstico lo más certero posible, la elección del tratamiento más adecuado y la valoración y evaluación de la efectividad terapéutica.

Como se mencionó anteriormente clasificar el dolor representa un desafío, dado que se trata de un fenómeno que es multidimensional y subjetivo, Sin embargo, se han establecido diversas categorías que ayudan a estructurar el conocimiento clínico sobre el dolor. Entre las clasificaciones más comunes se encuentran la duración (agudo o crónico), la fisiopatología (nociceptivo, neuropático, nociplástico), la localización (somático o visceral) y el contexto clínico (oncológico, postoperatorio, psicógeno, entre otros). Cada una de estas categorías tiene usos y utilidad para la práctica médica y para la comprensión del dolor como una experiencia vivida.

Uno de los criterios principales utilizados en la medicina para clasificar el dolor es su duración. (Aguilar et al. 2020) argumentan que el dolor agudo es el que se manifiesta repentinamente, comúnmente como consecuencia de la lesión tisular aguda, como el trauma, una operación o una infección. Su trabajo es actuar como alerta que avisa de que algo no se encuentra bien en el organismo, haciéndole saber que hay algún daño que necesita atención.

Este tipo de dolor generalmente desaparece cuando soluciona el problema de la raíz o cuando el cuerpo se cura por sí mismo de forma natural. Generalmente, su duración no supera los tres meses, aunque algunas guías clínicas especifican un límite de seis semanas.

Por otro lado, se considera dolor crónico aquel que persiste más allá del periodo normal de recuperación, normalmente superando los tres meses. Este tipo de dolor ya no tiene un papel protector y se convierte en una condición patológica en sí misma, (García-Andreu, 2017). El dolor crónico a menudo se

relaciona con enfermedades persistentes como la artritis, el cáncer, la fibromialgia o el dolor lumbar crónico.

La distinción basada en el tiempo es fundamental, ya que el enfoque terapéutico varía significativamente. El dolor agudo generalmente responde favorablemente a analgésicos comunes, en tanto que el dolor crónico demanda un enfoque más elaborado que puede incluir medicamentos, fisioterapia o métodos de intervención como cirugías.

1.3.1 Mecanismo Fisiopatológico del Dolor

Una clasificación fundamental en medicina es aquella basada en el mecanismo fisiopatológico del dolor. En este sentido, el dolor se categoriza en tres grandes tipos: nociceptivo, neuropático y nociplástico.

El dolor nociceptivo es el tipo más común que se presenta, y es causado por la activación de nociceptores, que son terminaciones nerviosas especializadas en la detección de estímulos nocivos, en respuesta a una lesión o inflamación. Esta categoría de dolor se clasifica en dos tipos:

Somático, que surge de las estructuras musculo esqueléticas como la piel, los músculos y las articulaciones.

Visceral, que tiene su origen en los órganos internos, siendo más difuso y complicado de identificar (IASP, 2025).

Este tipo de dolor sigue un patrón clínico que suele ser bastante predecible y responde eficazmente a analgésicos no opioides y a medicamentos antiinflamatorios.

Por su parte el dolor neuropático se origina a partir de una lesión o un mal funcionamiento en el sistema nervioso, ya sea central o periférico. A diferencia del dolor nociceptivo, donde hay un estímulo externo que provoca la molestia, aquí

es el propio sistema nervioso el que manda señales erróneas de dolor. Este tipo de dolor se distingue por sensaciones como ardor, descargas eléctricas, hiperalgesia y alodinia (Mera-Cordero et al., 2022).

Entre las condiciones más comunes asociadas con el dolor neuropático se encuentran la neuropatía diabética, el herpes zóster (neuralgia pos herpética), el dolor debido a lesiones medulares y el dolor fantasma. Este dolor es particularmente complicado de tratar y, en muchos casos, requiere el uso de medicamentos específicos, como antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos (como pregabalina y gabapentina) o, en ciertas situaciones, opioides.

Otro tipo de dolor es el dolor nociplástico, el cual se clasifica como una categoría más reciente, propuesta por la IASP, destinada a describir las experiencias dolorosas que no se integran claramente en las clasificaciones anteriores. Este dolor es resultado de una alteración en el procesamiento central del dolor, sin que exista evidencia de daño tisular o lesión neuronal identificable (IASP, 2025).

Este tipo de dolor se presenta comúnmente en afecciones como la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable o el síndrome de sensibilidad central. Habitualmente el tratamiento consiste en la participación de diversas disciplinas, donde colaboran terapias psicológicas, ejercicio físico adaptado y educación dirigida al paciente.

1.3.2 Clasificación Según el Contexto Clínico

La medicina también clasifica el dolor conforme al contexto clínico o a la patología subyacente. Esta clasificación proporciona un enfoque terapéutico más específico y centrado en las necesidades del paciente.

Se encuentra en primer lugar el dolor postoperatorio, este es el tipo de dolor que aparece después de una cirugía es una forma de dolor agudo que se presenta después de la realización de un procedimiento quirúrgico. A pesar de que es algo que se puede esperar que se presente, su manejo correcto es

fundamental para evitar complicaciones y promover una mejor recuperación. Existe el riesgo de que si no se maneja y gestiona adecuadamente se puede convertir en un problema crónico, es a lo que se denomina como dolor postoperatorio persistente (Aguilar et al., 2020).

La terapia dirigida al dolor postoperatorio ha cambiado y en la actualidad experimentado una transformación hacia enfoques multidisciplinarios, los cuales integran diversos medicamentos y técnicas para maximizar el alivio y minimizar los efectos secundarios.

La medicina también aborda el dolor psicógeno o somatomorfo que no tiene una base orgánica detectable, en este caso la medicina se lo atribuye a factores psicológicos como la ansiedad, la depresión o el trauma emocional. Aunque históricamente ha sido estigmatizado por parte de la medicina, hoy se reconoce que el dolor sin causa física es tan real y discapacitante como cualquier otro tipo (Santiago y Belloch, 2002).

Este tipo de dolor no se trata de una simulación ni de invención de síntomas, sino de una forma real y compleja de sufrimiento en la que lo emocional y lo físico se entrelazan. Desde esta perspectiva, el dolor idiopático no sería una mera alteración somática, sino la expresión corporal de conflictos psíquicos no elaborados (Santiago y Belloch, 2002).

Otro tipo de dolor es el dolor idiopático, el término idiopático proviene del griego *idios* (propio) y *pathos* (sufrimiento), estas raíces proponen en su combinación que el origen del dolor reside en el propio individuo, eso sin una causa externa identificable. En el terreno de la medicina, el dolor idiopático se define como aquel dolor que persiste sin que se pueda identificar una causa orgánica específica, y después de una exhaustiva evaluación diagnóstica (Lipowski 1990).

Se trata de un dolor crónico, por lo general se presenta de tres a seis meses, del tipo que puede afectar cualquier parte del cuerpo y que suele

asociarse con sufrimiento psicológico, alteraciones del estado de ánimo y disfunción social. El dolor idiopático es distinto del dolor neuropático, inflamatorio o nociceptivo tradicional, aunque puede compartir algunas características clínicas.

1.4 El Concepto de Dolor Desde la Perspectiva Freudiana y Otras Aportaciones Psicoanalíticas

Como se ha expuesto en apartados anteriores, el dolor es una de las vivencias humanas más universales, fundamentales, complejas y ambiguas. Aunque a menudo se concibe como una sensación física asociada a una lesión corporal, su aspecto subjetivo e inconsciente ha sido ampliamente reconocido por el psicoanálisis, Sigmund Freud inició un camino novedoso al considerar el dolor no únicamente como un fenómeno somático, sino también como una manifestación simbólica de conflictos reprimidos.

Freud reconoce que el sufrimiento físico puede tener un origen psíquico. En diversos textos, tales como *La interpretación de los sueños* (1900) y *El yo y el ello* (1923), enfatiza que el cuerpo puede experimentar dolor debido a causas inconscientes. **Sigmund Freud abrió un camino inédito al pensar el dolor no sólo como fenómeno somático, sino como una expresión simbólica de conflictos reprimidos.** Por ejemplo, el sujeto histérico o conversivo no simula su sufrimiento: lo experimenta de manera genuina, sin embargo, su origen no se encuentra en el cuerpo, sino en el alma. Postula que **el cuerpo puede doler sin lesión orgánica, y que ese dolor tiene un sentido psíquico.**

En *El malestar en la cultura* (1930), Freud sostiene: “El dolor psíquico puede transformarse en dolor físico cuando el aparato psíquico se ve incapaz de tramitarlo de otro modo” (Freud, 2012, p. 78).

Este mecanismo explica cómo el dolor se convierte en un lenguaje del inconsciente. La manifestación dolorosa desempeña una doble función: Defender al yo de una experiencia intolerable, y comunicar un contenido reprimido de manera codificada, que solo puede interpretarse a través del análisis.

Para Freud, el dolor puede manifestarse como una experiencia psíquica tan tangible como el dolor físico, y en numerosas ocasiones podría incluso

sustituirlo o disimularlo. Así, el cuerpo se convierte en el receptáculo de las pulsiones y tensiones que no hallan otro medio de expresión, de esta forma la aparición de síntomas conversivos, las neurosis y la histeria evidencian que el cuerpo puede experimentar dolor sin una lesión orgánica, y que este dolor posee un significado psíquico.

En sus investigaciones clínicas iniciales, Freud examinó casos donde el dolor carecía de una causa médica discernible, como sucede en los episodios de histeria. En "Estudios sobre la histeria" (1895), coescrito con Josef Breuer, sostenía que el dolor histérico representaba la manifestación de afectos reprimidos que no fueron liberados de manera adecuada. Así, la energía psíquica se trasladaba al cuerpo, manifestándose como síntomas dolorosos.

"La conversión histérica se define como la transformación de una excitación psíquica en una respuesta somática. El afecto se transforma en dolor físico" (Freud y Breuer, 1895/2008, p. 49).

Freud concebía que el sistema nervioso y el aparato psíquico no son completamente independientes, y que determinadas experiencias psíquicas pueden provocar sensaciones corporales genuinas. En este contexto, el dolor no es una simulación ni un acto fingido, sino una experiencia real, a pesar de que su origen reside en el inconsciente.

Esta visión exige la superación, ya expuesta, del dualismo cartesiano que divide el cuerpo y la mente. En la vivencia del dolor, particularmente en los trastornos neuróticos, ambas dimensiones se entrelazan. El sujeto experimenta sufrimiento, pero su cuerpo no muestra indicios de enfermedad: su malestar es la manifestación de un trauma, una pérdida o un conflicto que no ha podido ser procesado simbólicamente.

Así pues, el psicoanálisis considera que el dolor puede manifestarse como consecuencia de un conflicto psíquico que permanece sin resolver. En su obra *Más allá del principio del placer* (1920), Freud presenta la noción de que el

psiquismo no se limita a la evitación del dolor, sino que, en ocasiones, lo repite de manera compulsiva. Esta observación le permite desarrollar la hipótesis de la pulsión de muerte: una inclinación inconsciente hacia la repetición del displacer. Menciona: “Existen procesos en el aparato psíquico que no se rigen por el principio del placer, sino que siguen el mandato de la compulsión de repetición, aun cuando esto lleve al sufrimiento” (Freud, 1920/2008 p.23).

El inconsciente no tiene como objetivo evitar el dolor, sino más bien expresar lo que ha sido reprimido, incluso a costa del sufrimiento. De esta manera, el dolor puede asumir funciones paradójicas: Como un medio para liberar el conflicto reprimido. Como una forma de sanción por un deseo inconsciente que se considera “prohibido. Como una repetición simbólica de una experiencia traumática.

1.5 El Dolor Como Goce, Castigo y Sustitución del Conflicto Reprimido

Uno de los aportes más destacados de Freud fue la noción de que el sufrimiento puede estar asociado al goce, particularmente en casos de masoquismo. En El problema económico del masoquismo (1924), Freud categoriza tres tipos de masoquismo: erógeno, moral y femenino. En cada uno de estos casos, el individuo busca—de manera inconsciente—situaciones dolorosas que le permiten satisfacer una pulsión que ha sido reprimida o preservar un equilibrio psicológico. Menciona: “El masoquismo representa la transformación de la actividad pulsional en pasividad, en sufrimiento; y a través de ese sufrimiento se alcanza un placer sustitutivo” (Freud, 2012, p. 158).

Desde esta perspectiva, el dolor puede manifestarse como un castigo inconsciente por deseos incestuosos, agresivos o sexuales que han sido reprimidos. El individuo “se causa dolor” para mitigar la culpa que no puede aceptar. Además, puede buscar en el sufrimiento una forma de revivir una

experiencia traumática, pero con la distinción de que ahora tiene control sobre dicha experiencia.

En el contexto de las neurosis obsesivas, por ejemplo, los pacientes pueden experimentar fuertes dolores de cabeza o en el estómago cada vez que se enfrentan a situaciones de deseo. El cuerpo se convierte en el campo de conflicto entre el deseo inconsciente y los mecanismos de defensa.

Por lo tanto, el dolor desempeña un papel económico, defensivo y simbólico. No es meramente un elemento a erradicar, sino algo que debe ser escuchado: posee un significado que requiere ser interpretado.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO PSICOANALÍTICO

2.1 Proyecto de Psicología Para Neurólogos, Complejo del Prójimo, Vivencia de Satisfacción y la Vivencia de Dolor

2.1.1 Vivencia de Satisfacción

Como ya se ha mencionado en otros apartados, la experiencia de satisfacción representa uno de los elementos esenciales para el entendimiento de la teoría pulsional propuesta por Freud, el desarrollo psíquico y el acto inaugural del psiquismo del individuo dentro del psicoanálisis. Sigmund Freud introdujo este concepto por primera vez en sus obras fundamentales, tales como *La interpretación de los sueños* en 1900 y *Proyecto de psicología para neurólogos* en 1895, donde sostiene que la experiencia inicial de satisfacción es fundamental para la constitución del aparato psíquico. A partir de este punto, el concepto se entrelaza con las ideas de pulsión, deseo, memoria y carencia, constituyendo un eje central en la comprensión del funcionamiento del inconsciente.

Freud propone en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (1895) la noción de una “primera experiencia de satisfacción”, conceptualizándola como un mito teórico que establece el modelo para toda búsqueda de placer que suceda posteriormente. Esta experiencia inicial no se reduce a una mera liberación biológica, sino que se presenta como un evento complejo que requiere la interacción con un objeto externo —el Otro materno— que satisface una necesidad.

En esta experiencia, el aparato psíquico infantil se enfrenta a una tensión interna (hambre), cuya solución no puede manejar por sí solo. La llegada del pecho materno o el objeto que proporciona calma no solo consigue disminuir la

tensión, sino que también deja una impresión mnémica que se registra. Freud sostiene: "La vivencia de satisfacción genera una investidura de la imagen mnémica del objeto, y de esta forma, el objeto mismo queda inscrito en la vida psíquica" (Freud, 1895/1973, p. 351).

Este aspecto es fundamental, ya que establece la distinción entre la necesidad biológica y el deseo: el objeto que satisface la necesidad se transforma en una representación, y a partir de este momento, deja de ser una simple necesidad fisiológica y se convierte en una búsqueda de una satisfacción que se ha perdido, es decir, en el deseo.

La inscripción psíquica de la experiencia de satisfacción establece una tensión entre la necesidad y el deseo. Freud delineó de manera clara la diferencia entre el estímulo externo que calma la necesidad y la representación inconsciente que queda como un rastro de dicha experiencia. Esta separación se desarrollará más adelante en obras como *Más allá del principio del placer* (1920/2008), donde el retorno compulsivo a la experiencia originaria se examina como una forma de repetición que busca una satisfacción que resulta inalcanzable en su totalidad.

La experiencia de satisfacción no puede ser replicada en su totalidad, debido a que su naturaleza inaugural la define como un acontecimiento singular. Desde ese momento, el deseo se ve guiado por la falta, en lugar de la plenitud. Como sostiene Laplanche (1992), el deseo no se satisface, sino que permanece como una tensión constante hacia un objeto que ya no es el objeto de necesidad, sino que se convierte en un sustituto simbólico.

Freud indica: "La experiencia de satisfacción no se repite, sino que se reemplaza por la alucinación del objeto perdido" (Freud, 1895/1973, p. 354).

En este contexto, se presenta también el mecanismo de la alucinación como un intento fallido de repetición, el cual ilustra cómo el funcionamiento del aparato psíquico no se basa en la adecuación a la realidad, sino en la búsqueda

de esa satisfacción inicial que únicamente puede ser evocada, pero nunca recuperada en su totalidad.

En su afán de conciliar a la psicología con la neurología, Freud en Un proyecto de psicología para neurólogos plantea que el neonato carece de los recursos necesarios para liberar las tensiones internas que surgen de sus necesidades esenciales, como la alimentación. Ante la incapacidad de auto-satisfacerse, se vuelve indispensable un agente externo, o sea, otra persona, que actúe para atender esas carencias.

Así, el otro se convierte en el primer objeto significativo en la existencia del infante, instaurándose un vínculo de dependencia fundamental. No es un objeto cualquiera, sino aquel que tiene la capacidad de reconocer y reaccionar ante el estado de vulnerabilidad del niño, convirtiéndose también en el primer contacto de ese ser, con el mundo exterior. Así, la presencia del otro adquiere una naturaleza estructural, ya que es lo que permite la supervivencia.

Por su parte para Lacan, la experiencia de satisfacción implica de manera esencial la existencia del Otro. En el contexto del infante, este Otro suele manifestarse a través de la madre o el cuidador, quienes responden a la señal del llanto, estructuran el entorno y facilitan la experiencia de alivio. Este Otro no solo cumple una necesidad, sino que también establece una estructura de significado.

Desde esta óptica, Lacan se apropia y reinterpreta el concepto de Freud, sosteniendo que el deseo es siempre el deseo del Otro (le désir de l'Autre). La primera experiencia de satisfacción inserta al sujeto en un circuito simbólico, en el cual la satisfacción trasciende lo fisiológico y se encuentra mediada por el lenguaje y el deseo del otro.

La reacción del Otro no es neutral, sino que está impregnada de significado, afecto y arbitrariedad. Esto sugiere que la experiencia de satisfacción

está continuamente influida por la relación con el lenguaje y la ley simbólica, que establece al sujeto en su carencia y deseo.

En su escrito *El principio del placer*, Freud se basa en la tendencia del aparato psíquico a reducir la tensión y evitar el displacer. La vivencia de satisfacción estaría, en este sentido, en la base del principio del placer. Sin embargo, como Freud desarrolla en *Más allá del principio del placer* (1920/2008), existe algo en el psiquismo que insiste más allá de esta lógica: la compulsión de repetición.

La compulsión de repetición es la tendencia del sujeto a repetir situaciones displacenteras, incluso traumáticas, lo que pone en crisis la teoría del principio del placer como única fuerza reguladora. Freud propone entonces la existencia de una pulsión de muerte (*Todestrieb*), que actúa en sentido opuesto, llevando al sujeto a la repetición de lo mismo, incluso contra el principio del placer.

La vivencia de satisfacción, en su carácter de imposible retorno a una plenitud originaria, se transforma en un ideal inalcanzable. Esta imposibilidad sustenta y nutre a la repetición, siendo esta, un intento fallido para restaurar una totalidad ya perdida.

Por su parte la experiencia de satisfacción, al tener la imposibilidad de retornar a una plenitud primordial, se transformará en un ideal difícil de alcanzar. Esta imposibilidad es la que fomenta la repetición como un esfuerzo que nunca podrá restaurar una totalidad que ha desaparecido.

Para entender la economía libidinal del individuo se debe abordar desde el concepto de la experiencia de satisfacción. El síntoma, según como lo define Freud, se manifiesta como una formación que está en búsqueda de una satisfacción alternativa. Así, ante la imposibilidad de retornar a la experiencia original, el sujeto se verá impulsado a elaborar síntomas como una forma de placer.

2.2 La Vivencia de Dolor

En “Proyecto de Psicología para neurólogos”, Freud plantea que el dolor surge cuando una gran cantidad de energía externa irrumpe en el aparato psíquico, traspasando sus mecanismos de defensa. Este exceso de energía se distribuye por vías de descarga ya establecidas, esta irrupción llega a alterar el equilibrio interno. En base a estos planteamientos, Freud incorpora el “Principio de Constancia”, según el cual, el sistema nervioso busca evitar el dolor o mantener estable su nivel energético. Por esta razón, la aparición del dolor moviliza a todo el aparato psíquico (Freud 1895/2005).

Freud define la vivencia de dolor como el reverso de la vivencia de satisfacción. (Freud 1895/2005) ya que una parte de la satisfacción se consolida, sin embargo, como esta satisfacción es parcial y no total, entonces algo permanecerá sin conexión, lo que da origen a la primera vivencia de dolor.

Freud ya formula una noción fundamental: las vivencias de displacer, como el dolor, surgen cuando la cantidad de estímulo excede la capacidad del aparato psíquico de tramitarlo. Este dolor, por tanto, no es sólo orgánico, sino un signo de un desequilibrio energético. Menciona: “El displacer es la expresión de un aumento de tensión en el aparato psíquico. Su meta consiste en el restablecimiento del equilibrio.” (Freud, 1895/1973, p. 363)

En esta etapa temprana de la teoría psicoanalítica, Freud sitúa el dolor como algo en la frontera entre lo somático y lo psíquico: puede comenzar como estimulación corporal, pero adquiere su sentido y su impacto en el aparato anímico. En este punto, se puede vislumbrar cómo lo que queda no ligado está relacionado con la pulsión, en ese momento de la formulación teórica un concepto aún por desarrollar en la obra de Freud.

La experiencia del dolor en el pensamiento freudiano siempre conlleva un proceso de registro. De esta forma, la experiencia del dolor se considera como aquello que no fue colmado por la asistencia externa, y se manifiesta como un

aumento en la excitación que se convierte en malestar, dejando una impresión mnémica del objeto percibido como hostil. Cada vez que esta impresión es activada, el sistema psíquico experimentará malestar y buscará una forma de descarga. Freud (1895/2007) indica: “(...) se establece un estado que no es dolor, pero tiene semejanza con él. Ese estado contiene displacer y la inclinación de descarga correspondiente a la vivencia de dolor”.

Freud (1895/2007) argumenta que los remanentes de la experiencia de satisfacción y la experiencia de dolor constituyen respectivamente a los estados de deseo y los afectos. A partir de estos surgirá la atracción primaria en relación al deseo y la defensa primaria con respecto al dolor. De esta manera, el dolor puede transformarse en un afecto reprimido, un rastro mnémico o una indicación de una defensa que ha fracasado.

Desde esta óptica, el dolor físico no se encuentra desconectado de la dinámica del inconsciente.

Así, Freud establece una diferencia entre representación y afecto: la primera se refiere a la inscripción simbólica de un contenido, mientras que el segundo hace alusión a la carga energética que puede estar asociada a esa representación o que puede permanecer desvinculada. En relación al dolor, este puede ser la expresión consciente de un afecto reprimido cuya representación ha sido omitida del ámbito de la conciencia.

Freud escribe en *La represión* (1915): “Cuando una representación es reprimida, el afecto no desaparece, sino que se desplaza o se transforma en angustia, dolor, síntomas somáticos.” (Freud, 1915/1973, p. 157)

Entendido así, este aspecto es crucial: el dolor puede aparecer como resultado de una defensa psíquica, no meramente como una consecuencia de un daño físico. En este sentido, el dolor puede representar una forma de manifestación del inconsciente, un mensaje codificado.

En su obra *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911), Freud expone la transición del principio del placer al principio de realidad como una transformación fundamental del fenómeno psíquico. En este contexto, el dolor desempeña una función central: simboliza el fracaso del principio del placer en su intento por evitar el displacer. Ante la inevitabilidad del dolor, el yo debe reconocer la realidad externa, moderar su satisfacción inmediata y postergar el deseo.

"El dolor es lo que obliga al aparato psíquico a aceptar que no todo placer es realizable ni inminente; constituye una lección de realidad" (Freud, 2006).

De este modo, el dolor establece la conciencia de los límites, la incorporación al mundo simbólico del orden, así como la internalización de la pérdida. Sin la experiencia del dolor, no se puede articular el principio de realidad, y sin él, tampoco se puede alcanzar una subjetivación plena.

2.2.1 Dolor y Repetición. La Compulsión de Repetición

En *Más allá del principio de placer*, Freud (1920/2008) plantea la existencia de un fenómeno que trasciende el principio de placer, anteriormente considerado central en el funcionamiento psíquico. Según Freud, además del principio de placer, existiría una fuerza psíquica operante que no tiene relación directa con la búsqueda de placer ni con la evitación del displacer. Esta hipótesis introduce la idea de una tendencia paralela en el aparato psíquico, que coexiste con el principio de placer sin reemplazarlo, pero que demuestra su influencia en la conducta humana.

Freud (1920/2008) explora este fenómeno a través de casos en los que los individuos repiten experiencias dolorosas que, en aparentemente, no les aportan satisfacción alguna. Un ejemplo que puede explicar este fenómeno es el de los sueños traumáticos observados en pacientes con neurosis de guerra. Estas personas, profundamente afectadas por los horrores de conflictos armados, revivían recurrentemente el momento de su trauma en sueños, despertándose

con sentimientos intensos de terror. Si anteriormente Freud había sostenido que los sueños cumplían funciones de deseo, esta repetición de sueños traumáticos parecía contradecir esa premisa. Según Freud, esta conducta se explicaría a través de lo que denominó "compulsión a la repetición", un mecanismo que parece ir más allá del principio de placer y que establece un límite sin oponerse directamente a él.

En relación con esta compulsión, Freud (1920/2008) señala:

"Hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente. (...) no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. (...) es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfacción para el otro. (...) se trata, desde luego, de la acción de pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción; pero ya en aquel momento no la produjeron, sino que conllevaron únicamente displacer. Esa experiencia se hizo en vano. Se la repite a pesar de todo; una compulsión esfuerza a ello. (...) compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen entrelazarse en íntima comunidad" (pp. 20-22).

Freud introduce aquí su teoría del dualismo pulsional, distinguiendo entre la pulsión de vida (*Eros*) y la pulsión de muerte (*Thanatos*). La pulsión de vida integra las pulsiones sexuales y del yo, que buscan preservar y renovar la vida, mientras que la pulsión de muerte representa una tendencia destructiva orientada hacia el retorno al estado inorgánico. Según Freud, "la meta de toda vida es la muerte" (1920/2008, p. 38). La pulsión de muerte opera de manera silenciosa, encontrando satisfacción fuera de las expectativas conscientes de bienestar del sujeto y manifestándose en patrones repetitivos.

Esta compulsión obliga al sujeto a revivir aquello reprimido como experiencia en el presente, en lugar de recordarlo como un evento del pasado. Lo

que se repite se relaciona con marcas y huellas psíquicas dejadas por experiencias tempranas de satisfacción que, a su vez, involucraron insatisfacción. Estas primeras experiencias, imposibles de simbolizar o ligar, quedan al margen del principio de placer y escapan a la economía libidinal.

Freud señala que el individuo no únicamente evoca el sufrimiento, sino que también tiende a repetirlo, reiterarlo. En su obra *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), advierte que el individuo, de manera inconsciente, revive los conflictos mediante la transferencia, experimentando nuevamente el dolor primordial en la presencia del analista.

"El analizado no recuerda, sino que actúa. Reproduce una y otra vez el dolor que no pudo simbolizar" (Freud, 2014, p. 149).

2.2.2 La Pulsión de Muerte

Freud (1920/2008) describe la pulsión de muerte como una inclinación hacia la repetición y el regreso a un estado inorgánico. En este marco, el dolor crónico puede ser interpretado como una manifestación de esta pulsión, ya que persiste a lo largo del tiempo sin poder resolverse y sin posibilidad de poderse liberar de él. Esta fijación en el dolor se transforma en una forma de satisfacción pulsional, donde el individuo queda como presa de un ciclo de sufrimiento que no permite el acceso a otras clases de placer.

La estructura psíquica se ve imposibilitada de poder simbolizar el dolor crónico lo cual lo hace muy difícil de gestionar. Freud (1926) postula que, cuando a nivel consciente, este se convierte en un punto de angustia que perturba el funcionamiento del aparato psíquico. Considerando este planteamiento, el dolor crónico aparecerá como un signo de resistencia al cambio, en el cual el individuo se aferra a su sufrimiento, esto se va a presentar como una estrategia para así evadir conflictos psíquicos más profundos.

El dolor crónico, que no presenta una localización precisa y no presenta una lesión visible o se atribuye a causas y explicaciones de origen biomédico,

puede ser explicado desde la teoría psicoanalítica como una manifestación de la pulsión de muerte y como un mecanismo de satisfacción pulsional. Su permanencia y perpetuación en el tiempo, así como su resistencia a la simbolización presentan obstáculos para su elaboración, quedando atrapado el individuo en un ciclo de sufrimiento que no consigue resolverse a través de tratamientos convencionales. El enfoque psicoanalítico ofrece un enfoque para comprender estos fenómenos y para tratar el dolor crónico desde un punto de vista que contemple no solo su dimensión física, sino también las implicaciones psíquicas.

Desde esta óptica psicoanalítica la insistencia del dolor remite a la pulsión de muerte. El dolor deja de ser únicamente un efecto del conflicto, convirtiéndose en una manifestación de una pulsión que busca disolver las tensiones, que busca retornar a un estado inorgánico. Desde este punto de vista, el dolor experimentado por el sujeto puede representar una expresión de una tendencia pulsional fundamental.

CAPITULO 3

EL CUERPO Y DOLOR DESDE EL PSICOANÁLISIS

3.1 El Dolor en La Configuración del Yo y del Superyó

El desarrollo del yo conlleva la creación de una instancia capaz de evaluar, restringir y regular los impulsos del ello. Freud presenta el término superyó como el sucesor del complejo de Edipo y como resultado de la interiorización de la autoridad parental. Esta instancia moral genera sentimientos de culpa, así como malestar psíquico.

Freud menciona: "El superyó puede ser severo y sádico; su crítica implacable constituye una fuente de sufrimiento neurótico" (Freud, 2012, p. 144).

En este contexto, el sufrimiento no proviene de un daño físico ni de una pérdida externa, sino de la exigencia interna impuesta por el ideal. El individuo experimenta dolor por no poder alcanzar ese ideal, por sus deseos prohibidos, por sus fantasías. Así, el dolor se convierte en la marca distintiva de la formación del superyó: una huella estructural que configura la conciencia moral.

Desde la teoría de Freud, el dolor es una experiencia fundante en varios niveles: inaugura la necesidad del aparato psíquico, marca el desvalimiento originario, impone el principio de realidad, funda el superyó como instancia moral, y se repite como vía de elaboración y cura. En todos los casos, el dolor no es un accidente ni un fallo, sino una condición estructural para la constitución del sujeto. Frente a una cultura que insiste en la evitación del sufrimiento, la teoría freudiana nos recuerda que solo mediante la elaboración del dolor podemos acceder a una subjetividad plena.

En el texto *El problema económico del masoquismo* (1924), Freud identifica que un considerable número de pacientes no solo experimenta dolor, sino que también lo persigue de manera activa. Este fenómeno desafía el principio del placer. Por esta razón, establece tres categorías de masoquismo:

- Masoquismo erógeno: en este caso, el dolor físico se relaciona con la excitación sexual.
- Masoquismo femenino: este tipo está asociado a una postura pasiva hacia el objeto.
- Masoquismo moral: en esta categoría, el dolor se convierte en un castigo infligido por un superyó sádico.

“El masoquismo moral es el más común que encontramos. En este caso, el yo busca castigos para apaciguar a un superyó rígido.” (Freud, 1924/1991, p. 180)

Esta modalidad de experimentar el dolor es fundamental: el sujeto no sufre sin motivo, sino porque una parte de su ser (el superyó) le exige el sufrimiento como un tipo de deuda. Así, el dolor se convierte en una satisfacción sustituta de una culpa inconsciente.

En el escrito *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud identifica tres experiencias psíquicas centrales: la angustia, el dolor y el duelo. Se cuestiona las circunstancias bajo las cuales la separación de un objeto provoca angustia, cuáles situaciones inducen duelo y en qué contextos se presenta únicamente el dolor. (Freud 1926/2008)

Para investigar esta problemática, resulta pertinente examinar las dos teorías que Freud elaboró sobre la angustia. Entre los años 1884 y 1925, sostenía que la angustia neurótica surgía de la transformación de la libido sexual la cual no había sido correctamente liberada. No obstante, en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, renuncia a esta hipótesis y redefine la angustia como una respuesta a una situación traumática, es decir, un estado de impotencia generado por una acumulación de excitación la cual no puede ser descargada. Estos traumas se desarrollan en contextos de amenaza, como la pérdida de la figura materna como objeto esencial o la pérdida del amor relacionado con dicho objeto (Evans, 1996).

Desde esta óptica, el yo enfrenta no solo amenazas externas, sino también peligros pulsionales, es decir, imperativos internos cuya satisfacción genera ansiedad e induce al yo a retroceder. Freud aquí menciona la pulsión masoquista, que se dirige hacia la autodestrucción.

La principal condición que provoca angustia en el yo es la pérdida de percepción, lo cual, en la infancia, se traduce en la pérdida del objeto de apego. En etapas más avanzadas, la ansiedad se desplaza hacia el temor de perder el amor de dicho objeto, estableciendo así un fundamento para la angustia.

Freud distingue estos conceptos de las siguientes maneras: el dolor representa la respuesta auténtica ante la pérdida del objeto, la angustia emerge

como reacción al peligro que conlleva tal pérdida y, en un nivel más sofisticado, la angustia puede manifestarse ante la mera posibilidad de perder el objeto. En sus propias palabras:

“(...) nace cuando un estímulo que ataca en la periferia perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y entonces actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares que, en otros casos, serían efectivas para sustraer del estímulo el lugar estimulado. La situación no varía cuando el estímulo no proviene de la superficie dérmica, sino de un órgano interno (...)” (p. 159) Freud (1926/2008).

Freud observa que el lenguaje ha adoptado la expresión dolor interior o dolor anímico para equiparar la experiencia de pérdida con el dolor físico.

En lo que respecta al duelo, este se activa cuando, tras un análisis de la realidad, el yo debe aceptar la separación del objeto perdido. Para lograrlo, inicia elaboraciones psíquicas en las que retira las inversiones libidinales que anteriormente había depositado en dicho objeto, permitiendo y facilitando el procesamiento de la pérdida.

Para proseguir con el desarrollo de este apartado, resulta importante, por su relación volver a abordar el concepto de goce propuesto por Lacan desde 1960, en el cual establece una diferencia entre placer y goce

Explicando este funcionamiento, el placer actúa como un límite impuesto al goce, teniendo como función restringirlo. Sin embargo, el sujeto tiende a desafiar esta limitación en su búsqueda de alcanzar un goce absoluto, intentando cruzar el principio del placer. Pero muy a su pesar esta transgresión no da lugar a un placer superior, sino que genera dolor, dado que el sujeto solo puede soportar una cantidad restringida de placer (Evans, 1996).

En este contexto, cuando se sobrepasa este umbral, el placer se convierte en un placer doloroso. Lacan lo sintetiza en su famosa declaración: “el goce es sufrimiento” Así, el goce se configura como una forma paradójica de satisfacción donde el sufrimiento no representa un impedimento para el sujeto, sino que se presenta como una manifestación de su propia satisfacción pulsional (Lacan 1959-60/1991).

Desde la perspectiva lacaniana, la incorporación del sujeto al ámbito simbólico conlleva una renuncia a la plena satisfacción de la pulsión. Esta renuncia tiene su origen en el complejo de castración, en el cual el sujeto debe desistir de la aspiración de ser el falo imaginario para la madre. Sin embargo, el goce persiste como un elemento transgresor que constantemente vuelve a desafiar dicha prohibición.

En su texto *Psicoanálisis y Medicina*, Lacan explica:

“¿Qué se nos dice del placer? — que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la atempera, es decir, lo que nos detiene necesariamente en un punto de lejanía, a muy respetuosa distancia del goce. Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, siempre es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada.” (Lacan 1966/1993, p. 17)

De este modo, la experiencia del goce está relacionada con la alteración del equilibrio y la homeostasis del organismo. Esta se manifiesta a través de excesos que afectan la corporeidad, sugiriendo que el dolor podría ser una de las manifestaciones en las cuales el goce se vive en el cuerpo.

Conforme a Freud en su Proyecto de psicología para neurólogos, cuando ocurre una lesión, un gran número de estímulos penetra en el sistema psíquico,

provocando una acumulación de energía que resulta incontrolable y abrumadora. Esta entrada repentina sumerge al Yo en un estado de traumático de shock que, también, de forma temporal, eclipsa el principio del placer. El flujo de esta energía imprime marcas en las neuronas asociadas a la memoria, registrando una representación mental de la herida o del objeto causante del daño, acompañada de una intensa carga emocional (Freud 1895/2007).

El Yo atraviesa su propio estado de conmoción a raíz del desequilibrio en las tensiones pulsionales, lo que genera la percepción somato-pulsional y, consecuencia de esto, la experiencia del dolor. Así, entendido el proceso que se desarrolla del dolor, este no solo se inscribe un recuerdo consciente, sino que también se establece en el inconsciente.

3.2 El Dolor Corporal en la Teoría de Juan-David Nasio

Juan David Nasio es un psicoanalista de enfoque lacaniano, quien ha desarrollado exhaustivamente una teoría sobre el sufrimiento corporal desde una óptica psicoanalítica. Su trabajo se enfoca en desarrollar conceptos teóricos entre la conexión entre el cuerpo y la psique, analizando la manera en que el dolor se registra y se vive en la subjetividad del individuo. En esta sección de la investigación se examinarán los conceptos fundamentales que constituyen su teoría, incluyendo una distinción entre el dolor físico y el dolor psíquico, la inscripción del dolor en el inconsciente, la conexión con la pulsión y el trauma, así como sus efectos en la formación del sujeto.

Nasio conceptualiza el dolor físico como una experiencia personal y subjetiva, la cual abarca elementos fisiológicos como psicológicos. En su obra titulada *El dolor de amar* (2007) y en otros textos, describe al dolor como un fenómeno que se expresa no solo en el cuerpo, sino que también se representa y tiene significado dentro del psiquismo del individuo.

Nasio define al dolor orgánico como aquel que es de un origen fisiológico claro. Se presenta cuando una lesión, inflamación o enfermedad afecta los tejidos

del organismo, lo cual provoca una respuesta neurobiológica que activa los receptores del dolor conocidos como nociceptores. Este tipo de dolor es identificado y procesado por el sistema nervioso, que envía señales al cerebro para crear una percepción de dolor. Por otra parte, el dolor subjetivado lo define como aquel que, aunque puede tener su origen en un estímulo físico, adquiere una dimensión subjetiva a medida que es interpretado por la psique del individuo. En este contexto, la experiencia del dolor está influenciada por la historia personal, el estado emocional y la carga simbólica que cada persona le atribuye. Así, hablando acerca de la intensidad del dolor, esta puede aumentar o disminuir dependiendo de su significado dentro del plano psíquico.

Nasio propone un primer tipo de dolor, el dolor psíquico, entiende que el sufrimiento psicológico, aunque carece de una causa orgánica directa se manifiesta a través de estados de ansiedad, sufrimiento emocional y malestar subjetivo, este tipo de dolor puede exteriorizarse mediante síntomas corporales. Este tipo de sufrimiento puede asociarse a vivencias de experiencias traumáticas, pérdidas o conflictos psíquicos no resueltos.

Nasio recalca que el dolor físico nunca debe considerarse solo como una experiencia meramente biológica, ya que siempre implica un proceso de subjetivación. Explica que el dolor se registra en la memoria del individuo, y de esta manera crea una conexión entre su cuerpo y el entorno. Asimismo, señala que el dolor físico puede transformarse en una expresión de conflictos inconscientes, actuando como un medio para manifestar lo reprimido.

La relevancia de las aportaciones de Nasio radican en que esta postura permite una comprensión del dolor que trasciende los límites del enfoque médico, integrando también aportaciones surgidas del psicoanálisis. Estas aportaciones proponen que el tratamiento del dolor físico no debe limitarse solo a intervenciones farmacológicas o fisiológicas; propone que el abordaje de este tipo

de dolor, requiere también indagar en los significados subjetivos que el dolor tiene en la existencia del individuo.

Nasio propone y define otro tipo de dolor, el dolor psicógeno al cual lo entiende como un tipo de dolor que tiene su raíz en un antiguo conflicto psíquico, el cual se manifiesta posteriormente como una sensación dolorosa en el cuerpo, sin que estén presentes causas orgánicas que lo justifiquen. Esta forma de dolor puede presentarse de dos maneras distintas:

El dolor psicógeno de naturaleza histérica, el cual es descrito por Nasio (2007) como un tipo de dolor del cual los pacientes sienten la necesidad de comentar. Los individuos tienden a conceptualizar estos dolores como entidades separadas de sí mismos, entidades que se localizan en diversas áreas de su anatomía. Un rasgo distintivo de este tipo de dolor es su naturaleza nómada, ya que se desplaza de un lugar del cuerpo a otro, afectando distintas partes, este tipo de dolor tiene también la característica de tener una intensidad variable.

Por otro lado, está el dolor psicógeno de tipo hipocondríaco el cual es concebido por la persona no como una posesión, sino como algo que lo habita por completo; ese dolor se convierte en un todo, en la totalidad de la persona. Este dolor se experimenta internamente como un objeto que lo persigue, acosándolo de manera constante, como algo que está en todas las áreas de su vida dándole una siempre presente sensación de sufrimiento.

3.2.1 La Inscripción del Dolor en el Inconsciente

Desde este enfoque psicoanalítico, Nasio plantea que el dolor no se limita a ser una reacción a un estímulo nociceptivo, sino que es un evento que se registra en el inconsciente como una impresión permanente que afecta la subjetividad del individuo. Este registro se produce en el momento en que el dolor sobrepasa la experiencia sensorial inmediata, y de esta forma se convierte en un evento psíquico el cual deja marcas en el propio aparato psíquico.

Nasio retoma la teoría de Freud relacionada con la represión y la memoria traumática, explicando que ciertos tipos de dolor pueden ser reprimidos y luego reaparecer en forma de síntomas psicosomáticos. El dolor se almacena en el inconsciente cuando la mente no es capaz de procesarlo por completo en el momento de su aparición, lo que ocasiona una fijación que se reactiva ante estímulos similares en el futuro.

De acuerdo con Nasio, el dolor se vuelve un componente estructural del psiquismo cuando se asocia a una representación que le otorga significado dentro de la narrativa personal del sujeto. En este contexto, el inconsciente no solo conserva la experiencia del dolor, sino que también la reformula y le otorga nuevos significados a través de los procesos psíquicos (Nasio 1990).

Asimismo, el dolor que permanece en el inconsciente puede manifestarse en la práctica psicoanalítica mediante mecanismos de desplazamiento y condensación, donde el individuo expresa su sufrimiento de manera indirecta a través de sueños, lapsus o síntomas psicosomáticos. La tarea del psicoanalista implica asistir al sujeto en la verbalización de su experiencia dolorosa, permitiendo que este reinterprete y elabore su influencia en su vida psíquica.

3.2.2 *Dolor, Pulsión y Trauma*

En su desarrollo teórico, Nasio describe que el dolor está intrínsecamente asociado a la pulsión y al trauma. Describiendo a la pulsión como una fuerza naturaleza interna que dirige la energía psíquica del individuo hacia la consecución de sus deseos; sin embargo, en el contexto de un trauma, esta energía puede verse bloqueada o desviada hacia manifestaciones sintomáticas. Nasio argumenta que cuando el dolor se relaciona con una experiencia traumática, esto va a propiciar que se genere una fijación que el individuo repetirá de forma inconsciente (Nasio 1990).

Desde esta óptica, el trauma no se limita a ser solo un acontecimiento doloroso, sino que se transforma en una estructura psíquica que condiciona las

futuras reacciones del sujeto. El dolor resultante del trauma puede dar lugar a síntomas psicosomáticos, comportamientos compulsivos o inhibiciones en diversas facetas de la vida. Lo descrito por Nasio es tiene una vinculación directa con la idea freudiana de la compulsión a la repetición, en la que el individuo revive de manera inconsciente situaciones traumáticas con la intención de procesarlas psíquicamente.

Nasio señala también que el dolor traumático impacta en la identidad del individuo y su conexión con el entorno. Pues cuando el trauma no puede ser simbolizado de manera adecuada, el dolor se convierte en una carga psíquica que obstaculiza el desarrollo del sujeto. De ahí la importancia de la función del psicoanálisis que en este caso acerca del dolor, será facilitar que el individuo exprese su dolor de manera verbal, lo que a su vez ayudará a desvincular la repetición traumática permitiendo una nueva interpretación de la experiencia dolorosa.

3.2.3 *La Dimensión Subjetiva Del Dolor*

Nasio argumenta que el dolor físico puede también ser considerado un lenguaje del inconsciente, es decir presenta una dimensión subjetiva. Plantea que, en diversas circunstancias, el dolor corporal se muestra como un reemplazo de un conflicto psíquico no resuelto. Este fenómeno se manifiesta en casos de somatización, en los cuales el cuerpo comunica a través del dolor lo que el individuo es incapaz de expresar verbalmente. Es así como el dolor desempeña una función comunicativa, exponiendo ansiedades y conflictos internos que de otro modo permanecerían reprimidos.

Entendido así, el dolor teniendo un papel de lenguaje, se integra en la estructura psíquica del individuo, actuando como una forma de expresión de lo reprimido. Nasio subraya que el sufrimiento físico puede transmutarse en una representación simbólica de traumas inconscientes, que se manifiesta a través de síntomas somáticos sin una etiología médica evidente. En el contexto de la clínica

psicoanalítica, el trabajo del analista radica en interpretar estos síntomas facilitando que el paciente verbalice su experiencia, lo que permite y hace posible una elaboración subjetiva del dolor (Nasio 2007).

3.2.4 *El Dolor de la Ruptura o Lesión*

Cuando el organismo experimenta una lesión, el Yo atraviesa simultáneamente dos percepciones diferenciadas: por un lado, capta el dolor localizado en la región del cuerpo afectada mediante la percepción somato-sensorial; por otro, reconoce un estado interno de disconformidad que lo desborda, lo cual es denominado por Nasio (2007) como percepción somato-pulsional (Nasio 2007).

El dolor resultante de la lesión se origina por la aparición de excitaciones intensas que el Yo interpreta como provenientes de su periferia. Es importante señalar que el Yo considera su propio cuerpo como un límite envolvente, esto al clasificar algunas partes como externas (la piel, las mucosas) y otras como una periferia interna (los órganos). Así en general, cualquier alteración en el organismo se vive como si emergiera del exterior. Así entonces, la región lesionada se percibe como un área limítrofe, una sección que se encuentra separada del Yo. Sin embargo, cuando el dolor alcanza un grado extremo de intensidad, esta diferenciación se desvanece y el Yo se identifica totalmente con el cuerpo lesionado, transformándose en una entidad que sufre en su totalidad.

A medida que se percibe una perturbación, se crea una imagen mental de la lesión, es decir, se desarrolla una representación del área afectada que permite al Yo ubicar e identificar la raíz del dolor. Esta imagen mental estará asociada con una sensación de distanciamiento, donde la fuente del dolor se ve como una entidad autónoma y amenazante.

Nasio señala que, aunque el Yo puede registrar ciertos cambios en el cuerpo, su habilidad para ubicar y mapear el dolor es limitada. Ya que la sensación

dolorosa no se localiza en la lesión en sí, sino que es procesada por el cerebro para posteriormente ser transmitida a través del sistema nervioso central.

Nasio enfatiza que el dolor originado por una ruptura, ya sea esta física o emocional, se inscribe en el inconsciente de manera profunda y puede abordarse desde tres dimensiones: dolor real, dolor simbólico y dolor imaginario.

El dolor real se entiende como el sufrimiento específico que surge de un daño físico o de una pérdida concreta y evidente. Esta clase de dolor se manifiesta de forma evidente como una respuesta biológica frente a una agresión externa al cuerpo. Por ejemplo, una fractura, una quemadura o una ruptura amorosa pueden generar un efecto inmediato observable y cuantificable en el organismo.

El dolor simbólico se refiere al dolor que se vuelve significativo en la construcción mental del sujeto. Se entiende que un acontecimiento doloroso no solo es experimentado físicamente, sino que también se integra en el lenguaje y en la historia personal del individuo. Por ejemplo, una herida física puede simbolizar la incapacidad para progresar, mientras que una ruptura amorosa puede evocar sentimientos de rechazo o abandono.

Por su parte el dolor imaginario se percibe en el ámbito de la fantasía y la representación. En este tipo de dolor, el individuo transfiere su sufrimiento a situaciones irreales o alteradas por la angustia emocional. La idea de que una pérdida nunca podrá ser superada o que el sufrimiento es insuperable se ubica en este tipo de dolor.

Desde las elaboraciones de Nasio este explica que estos tres elementos del dolor están en constante interacción dentro de la psique del individuo, interactuando y retroalimentándose entre sí y complicando la resolución del sufrimiento si no se realiza una elaboración adecuada. Es de esta manera como la intervención clínica psicoanalítica tendrá como objetivo ayudar a desentrañar

estas capas de dolor y de esta forma permitir que el sujeto las simbolice de una manera que le facilite procesarlas y resignificarlas.

3.3 La Histeria Como Fundamento del Psicoanálisis

La histeria, de acuerdo con Freud, representa el fundamento primordial del psicoanálisis. Fue mediante el examen de los síntomas histéricos que Freud se vio compelido a reconsiderar los principios tanto de la medicina como de la psicología de su época. Lo que la ciencia del siglo XIX interpretaba como un acto de simulación, hipocondría o una dolencia exclusivamente femenina, Freud lo elevó a un estatus radical: para él, la histeria constituyó una manifestación válida de conflictos inconscientes que se expresaban a través del cuerpo.

La histeria ha tenido un recorrido prolongado en la medicina occidental. Desde la época de Hipócrates y hasta el siglo XIX, se la consideró una afección vinculada al útero (de donde deriva su nombre, del griego *hystera*), lo que contribuyó a su conexión con la feminidad. El paradigma médico clásico atribuía los síntomas histéricos—como parálisis, convulsiones, desmayos y afonías—a un desplazamiento del útero dentro del organismo.

Freud, influenciado por su formación en neurología y su interacción con Jean-Martin Charcot en la Salpêtrière, inicialmente adoptó un enfoque fisiológico. No obstante, fue su colaboración con Josef Breuer, y en particular el caso de “Anna O.”, lo que le llevó a una reconsideración profundamente innovadora: la histeria no tenía un fundamento orgánico, sino psíquico.

En sus Estudios sobre la histeria (1895), Freud y Breuer afirmaron: “En la histeria, los síntomas no se originan en alteraciones anatómicas del sistema nervioso, sino en representaciones y afectos que han sido reprimidos” (Freud y Breuer, 2008, p 21).

Esta formulación constituyó la base del psicoanálisis: la noción de que el síntoma histérico representa un conflicto reprimido, y que solo puede ser resuelto a través del trabajo con la palabra.

Freud conceptualiza la histeria como una neurosis de conversión, que se refiere a una condición en la que un conflicto psíquico inconsciente se expresa como un síntoma físico. Este proceso de conversión es involuntario y no intencional, y sirve como un compromiso entre un deseo inaceptable y la defensa del ego.

Por ejemplo, un paciente que reprime el impulso de agredir físicamente a su padre puede experimentar parálisis en un brazo. En este contexto, el cuerpo expresa lo que la mente consciente no puede aceptar.

En Estudios sobre la histeria Freud afirma: "El mecanismo de conversión es la desviación del afecto de la representación reprimida a una inervación somática" (Freud y Breuer, 1895/2008).

Así, la conversión constituye un fenómeno económico (el desplazamiento de energía), un proceso dinámico (conflicto entre fuerzas psíquicas) y un acto simbólico (el síntoma adquiere importancia cuando se interpreta).

Aunque incapacitante, el síntoma histérico cumple una función psicológica: mantiene a raya un deseo perturbador de la conciencia mientras que al mismo tiempo permite una forma de expresión disfrazada.

Freud reconoció que el deseo sexual reprimido se situaba en el núcleo de la histeria. A través de sus estudios, demostró que numerosos síntomas histéricos estaban vinculados a experiencias traumáticas de naturaleza sexual ocurridas durante la infancia o la adolescencia. En un primer momento, formuló la teoría de la seducción, la cual sostenía que estos traumas tenían una base real.

No obstante, pronto se percató de que Gran parte de esas escenas no se habían materializado como tales, sino que correspondían a fantasías

inconscientes. Este cambio de perspectiva el condujo un desarrollar una teoría estructural del aparato psíquico y del inconsciente como el lugar donde reside el deseo.

La represión actúa como el mecanismo fundamental en esta dinámica: “La histeria se forma por una represión de representaciones ligadas a deseos libidinales, y el síntoma es la expresión sustitutiva de estos deseos reprimidos” (Freud, 1905/2006, p. 118).

El deseo reprimido no se extingue, sino que regresa de manera distorsionada en forma de síntoma. Esta es la lógica del Inconsciente que no se guió por la razón ni por la lógica consciente, sino por el principio del deseo.

En este sentido la histeria se convierte en uno acceso privilegiado al Inconsciente: al analizar el síntoma, se descubren los contenidos reprimidos y se lleva un cabo una elaboración que puede resultar en la desaparición del síntoma.

Uno de los aportes más revolucionarios e innovadores de Freud es la idea del cuerpo histérico como un espacio de inscripción simbólica. El cuerpo no solamente experimenta sufrimiento; también se manifiesta. Cada parálisis, contractura, pérdida de voz, ceguera o dolor actúa como la expresión simbólica de un conflicto psíquico.

Freud percibió que el síntoma histérico debía ser interpretado como un lenguaje, y que su significado podía ser reconstruido un través del trabajo analítico. En La interpretación de los sueños (1900), afirma: “Los síntomas histéricos son realizaciones sustitutivas de deseos inconscientes, y pueden ser descifrados como un sueño o un texto cifrado” (Freud, 2007, p. 150).

Este descubrimiento establece una nueva perspectiva sobre el cuerpo: no estrictamente como un organismo biológico, sino más bien como sujeto de deseo, como una “escritura” del Inconsciente.

El cuerpo histérico dramatiza la tensión que ocurre entre el deseo y la ley, entre el placer y la restricción. Dentro de este drama el síntoma representa simultáneamente sufrimiento y mensaje.

Aunque el término “histeria” ha desaparecido de los manuales diagnósticos (como el DSM-5, que lo ha reemplazado por “trastorno de conversión” o más recientemente como “trastorno neurológico funcional”), en la clínica psicoanalítica la histeria sigue siendo una estructura subjetiva vigente.

Muchos síntomas contemporáneos —crisis de angustia, bloqueos corporales, síntomas funcionales sin base orgánica, dolores— son comprendidos desde el modelo histérico. Incluso fenómenos como el trastorno de identidad de género, algunas somatizaciones, y ciertas expresiones culturales de sufrimiento pueden ser leídas desde esta lógica.

La histeria no es, por tanto, una enfermedad del pasado, sino una manera de subjetivar el malestar, especialmente en contextos donde el cuerpo femenino ha sido históricamente silenciado.

El psicoanálisis contemporáneo, siguiendo a Freud, busca escuchar el sentido de esos síntomas, no medicalizarlos sin más. Como afirma Nasio (1991):

“El síntoma histérico, aunque doloroso, es una invención del sujeto para darle forma a su deseo. Por eso no debe ser suprimido, sino interpretado” (p. 78).

Lejos de ser una simple enfermedad considerada femenina, la histeria revela la estructura misma del sujeto del inconsciente: dividido, deseante, reprimido. En este sentido, el concepto de histeria no ha muerto: sigue vivo en cada síntoma que reclama ser escuchado, en cada cuerpo que habla lo que no puede decirse.

3.4 El Trastorno de Conversión Desde la Teoría Psicoanalítica de Freud.

En la cronología del psicoanálisis, pocas afecciones han sido tan significativas y fundantes como la histeria, particularmente en su manifestación que actualmente se clasifica clínicamente desde el psicoanálisis como trastorno de conversión. Este fenómeno, en el que un conflicto psicológico se expresa a través de un síntoma físico (como parálisis, ceguera, convulsiones, dolor, entre otros), sirvió como base para el surgimiento del psicoanálisis. En las investigaciones de Sigmund Freud —y, en particular en su colaboración con José Breuer en Estudios sobre la histeria (1895)— se formuló por primera vez una teoría de la conversión que cuestionó la interpretación médica de su época.

El concepto de "conversión" fue presentado por Freud y Breuer en Estudios sobre la histeria (1895) para ilustrar un proceso en el que una energía psíquica, impregnada de afecto, es redirigida hacia el cuerpo y Manifiesta como un síntoma físico. En los términos de los autores: "La conversión es la transposición de una excitación psíquica en una inervación somática" (Freud & Breuer 1895/2008, p. 252).

En este contexto, el síntoma histérico no es una manifestación fingida, falsa o imaginaria, sino que se presenta como una respuesta inconsciente a un conflicto interno. Esta conceptualización representó una ruptura con el enfoque médico del siglo diecinueve, que consideraba la histeria como una afección femenina "nerviosa", sin una causa orgánica subyacente. Freud en cambio, propone una comprensión simbólica: donde el cuerpo expresa lo que el sujeto no puede verbalizar.

En la teoría Freudiana, el trauma psicológico tiene un importante papel en el desarrollo del trastorno de conversión. Freud no define el trauma según su

intensidad objetiva, sino más bien en función de su impacto subjetivo, siendo esta una experiencia que excede la capacidad del yo para ser procesada.

La carga afectiva asociada al trauma, al no poder ser liberada a través de mecanismos asociativos o verbales, se desplaza hacia el cuerpo. De este modo, se origina el síntoma de conversión, cuya finalidad es dual, primero, retener la energía no procesada y después, enmascarar el conflicto inaceptable para la conciencia.

Freud lo explica:

“El síntoma histérico se presenta como una transacción entre el afecto reprimido y la resistencia del yo, y su forma corporal está determinada por la representación inconsciente asociada” (Freud, 1895/2008, p. 289).

En este contexto, Freud introduce la idea de energía psíquica, que será el precursor de su teoría económica sobre el aparato mental. De esta forma, explica como el síntoma se interpreta como un mecanismo para contener y redirigir esta energía conflictiva, convirtiéndola en una expresión somática.

3.4.1 La Represión Como Mecanismo Fundante del Síntoma

La represión es uno de los mecanismos fundamentales del trastorno de conversión. En esta, el Yo, al confrontarse con un deseo, fantasía o recuerdo que le resulta intolerable, lo excluye de la conciencia, trasladándolo al inconsciente. No obstante, lo reprimido emerge de manera distorsionada, que puede aparecer como un síntoma físico.

"La represión expulsa la representación conflictiva, pero no logra impedir que el afecto asociado se exprese de alguna manera" (Freud, 1905/2006, p. 112).

Este retorno de lo reprimido da lugar a la aparición del síntoma, que desempeña una función de compromiso: satisfaciendo de manera parcial el deseo reprimido y, al mismo tiempo, lo oculta. Por esta razón, el síntoma es principal y

sustancialmente de carácter ambiguo, enigmático, y por tanto requiere de una interpretación.

En psicoanálisis la represión en la histeria es considerada "primaria", es decir, como una característica estructura fundamental en el cuerpo teórico psicoanalítico. Freud asevera que la histeria pone de manifiesto los mecanismos fundamentales del inconsciente, lo que la establece como la enfermedad paradigmática y una de las fundantes del psicoanálisis.

3.4.2 *El Cuerpo Como Texto Simbólico*

Cuando se presenta el síntoma de conversión no es aleatorio. Su ubicación, forma y duración surgen de un significado simbólico. Así, el cuerpo se transforma en el escenario donde se manifiesta un conflicto psíquico. Freud sugiere que el síntoma histérico actúa como un lenguaje encriptado, una representación dramática del deseo reprimido.

“Los síntomas histéricos son formaciones sustitutivas de deseos reprimidos, y su contenido puede ser descifrado como un texto simbólico” (Freud, 1901/2008, p. 134).

Entendido así, el síntoma corporal se convierte en una “solución” inconsciente ya que oculta el deseo y al mismo tiempo lo representa de manera simbólica. Freud y el psicoanálisis explican que estos síntomas no deben ser tratados como simulaciones, sino como manifestaciones de un conflicto psíquico real. La escucha analítica permite restituir el sentido de estos síntomas, abrir la palabra allí donde ha quedado no atendida.

Esta perspectiva del cuerpo como un lugar de expresión inconsciente ha ejercido una influencia notable no solo en el psicoanálisis, sino también en la psicología en general, la medicina psicosomática y la teoría del lenguaje corporal.

3.4.3 *El Dolor Como Formación Sustitutiva*

El dolor puede manifestarse como una representación sustitutiva de un elemento reprimido. En el caso de la histeria, por ejemplo, los síntomas dolorosos (cefaleas, neuralgias, parálisis dolorosas) carecen de una base orgánica y, en cambio, reemplazan representaciones que resultan intolerables. Freud y Breuer, en el escrito Estudios sobre la histeria (1895), presentan ejemplos clínicos en los que el dolor actúa como la manifestación simbólica de un conflicto inconsciente. "Los síntomas histéricos son realizaciones sustitutivas de emociones reprimidas" (Freud y Breuer, 1895/1991, p.281).

En estos ejemplos, el dolor no solo representa la expresión, manifestación de un trauma, sino que también otorga significado al conflicto interno.

3.5 La Hipocondría en la Teoría Freudiana

Largo de la historia la hipocondría ha sido un objeto de interés para la psiquiatría, la medicina como de la psicología, su comprensión y alcances han cambiado significativamente a lo largo del tiempo. Sigmund Freud, en el desarrollo del psicoanálisis, planteó una forma diferente de abordar este trastorno, vinculándolo a los procesos psíquicos inconscientes, la economía libidinal y los mecanismos defensivos del Yo. Freud consideró a la hipocondría como un fenómeno asociado a la conversión somática y la neurosis, aunque con características distintivas que la separaban de otras afecciones psicológicas.

Desde la antigüedad, la hipocondría ha sido entendida como un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva hacia la evaluación, vigilancia constante de la salud y la convicción de sufrir padecimientos que en realidad no existen. En la medicina clásica, Hipócrates ya hacía referencia a la "hipocondriasis" como una condición vinculada al desequilibrio de los fluidos corporales. Para Hipócrates, la acumulación de bilis negra en la zona del hipocondrio tenía como resultado manifestaciones físicas y psicológicas, tales como melancolía, fatiga y una preocupación incesante sobre la salud (Veith, 1965). Galeno enriqueció esta visión, con su teoría de los humores, argumentando que los desequilibrios de los humores

podían explicar síntomas físicos sin una causa orgánica clara, todas estas explicaciones de alguna forma son precursoras de cómo se entiende en la actualidad la psicósomática de la hipocondría (Jackson, 2014).

Durante el período medieval y el Renacimiento, la hipocondría fue abordada a través del enfoque de la medicina de los humores y, posteriormente, se asoció con la melancolía. Robert Burton, en su obra titulada *The Anatomy of Melancholy* (1621), caracterizó a la hipocondría como la expresión de un desbalance interno que implicaba elementos psicológicos como fisiológicos (Burton, 1621/2001). Con la llegada de la Ilustración y el avance de la medicina contemporánea, la hipocondría comenzó a ser concebida más como un trastorno relacionado con el sistema nervioso, siendo clasificada por médicos como Thomas Sydenham y William Cullen como enfermedades nerviosas (Shorter, 1992).

Con la aparición del psicoanálisis a finales del siglo XIX, Freud transformó la interpretación de la hipocondría al entenderla y explicarla no únicamente como una condición médica, incluso siendo él médico, sino como una manifestación de conflictos psíquicos inconscientes. En su texto *Introducción al narcisismo* (1914), Freud sugirió que la hipocondría podría entenderse como una forma de narcisismo donde la libido se retira del entorno externo para orientarse en el propio cuerpo (Freud, 1914). Lo que Freud propuso implicó un cambio de paradigma al introducir la idea de que los síntomas hipocondríacos no solo son una preocupación desmedida por la salud, sino que también reflejan procesos psicológicos más profundos relacionados con la angustia, la represión y el conflicto intrapsíquico.

Freud estableció una clara distinción entre la hipocondría y otras formas de neurosis, tales como la histeria y la neurosis obsesiva. En la histeria, los síntomas físicos actúan como una conversión simbólica de los conflictos inconscientes, mientras que en la neurosis obsesiva son los mecanismos de defensa los que prevalecen frente a la angustia. Por su parte en la hipocondría, el conflicto se presenta de forma directa a través de la percepción de sensaciones corporales que carecen de una base médica verificable (Freud, 1926). Así, el cuerpo se transforma

en el escenario en el cual se desarrollan los conflictos psíquicos, dando lugar a síntomas físicos que el paciente interpreta como señales de una enfermedad grave.

Otra contribución significativa y fundamental de Freud a la comprensión de la hipocondría está en su vinculación con la economía libidinal. En su obra *Duelo y melancolía*, publicada en 1917, Freud expuso que la hipocondría, de manera similar a la melancolía, implicaba un retiro de la libido de los objetos externos hacia el Yo, esto provocaba una hipervigilancia respecto a las sensaciones corporales y una fijación en la enfermedad. Entender este mecanismo permitió desarrollar una conexión entre la hipocondría y el narcisismo, proponiendo que los individuos hipocondríacos enfrentaban dificultades para forjar relaciones con el mundo exterior y centraban su atención en su propio cuerpo como un mecanismo defensivo.

En la actualidad, a pesar de que la hipocondría ya no se clasifica como una categoría diagnóstica en la psiquiatría contemporánea, la aportación Freudiana al tema mantiene su relevancia en la investigación de los trastornos psicósomáticos y la hipervigilancia corporal. El trastorno de ansiedad por enfermedad, presente en la actualidad en el DSM-5-TR (APA, 2022), presenta muchas similitudes con la caracterización freudiana de la hipocondría, lo que evidencia la vigencia y pertinencia de su modelo teórico en la interpretación y entendimiento de los trastornos psíquicos actuales.

Freud formuló el concepto de economía libidinal como un elemento fundamental para la regulación de la energía psíquica. Dentro de este marco, la hipocondría puede ser interpretada como un proceso en el que la libido, en lugar de orientarse hacia objetos externos, se retrae y se focaliza en el cuerpo del sujeto. Este fenómeno tiene conlleva consecuencias significativas en la forma en que el individuo percibe su propio cuerpo y su evalúa su estado de salud.

En el texto de *Introducción al Narcisismo*, publicado en 1914, Freud argumenta que en el caso de la hipocondría lo que se manifiesta es una retirada de la libido de los objetos externos, así como su reinversión en el Yo, lo que produce

una hipervigilancia respecto a las sensaciones corporales. Este mecanismo se encuentra relacionado con el narcisismo primario, donde el individuo dirige su atención exclusivamente en sí mismo, convirtiendo a su propio cuerpo en el centro de su atención y sus preocupaciones.

Desde el enfoque del psicoanálisis, la hipocondría puede entenderse como una manifestación de la angustia libidinal no elaborada. Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), planteó que la angustia puede trasladarse a diferentes representaciones, donde el cuerpo se presenta como uno de los destinos más habituales o comunes. Así, se puede entender a la hipocondría como un mecanismo de defensa donde la angustia se manifiesta a través de una preocupación excesiva por la (Freud, 1926).

En el texto *"Duelo y Melancolía"* (1917), Freud establece relaciones de paralelismo entre la hipocondría y la melancolía, planteando que ambas condiciones implican una retirada de la libido de los objetos externos. No obstante, en el caso de la melancolía esta retirada se manifiesta como una autocrítica profunda y una sensación de culpabilidad, por otra parte, en la hipocondría se traduce en una hipervigilancia y una preocupación excesiva por la salud física. De este modo el individuo hipocondríaco, incapaz de procesar adecuadamente su angustia, la desplaza hacia su propio cuerpo (Freud, 1917).

Hablando de hipocondría, la represión constituye uno de los mecanismos defensivos más importantes. Freud describe a la represión como la exclusión de contenidos que resultan inaceptables para la conciencia. En el contexto de la hipocondría, los conflictos internos que han sido reprimidos logran manifestarse a través de manifestaciones corporales. El individuo con hipocondría, al no poder enfrentar de manera consciente su angustia psicológica, transfiere está a la preocupación excesiva por su estado físico y de salud (Freud, 1923).

Otro mecanismo defensivo que es clave en la hipocondría es la proyección, mecanismo que consiste en que el individuo convierte sus conflictos internos en

situaciones externas. En la hipocondría, esto se manifiesta en la interpretación de síntomas físicos como indicadores de una enfermedad grave. Este desplazamiento permite evitar el reconocimiento de conflictos inconscientes y del malestar asociado a ellos (Freud, 1917).

3.5.1 La Conversión Somática y la Hipocondría

La conversión somática, aunque se asocia predominantemente con la histeria, también se manifiesta en la hipocondría. Freud mediante el mecanismo de la conversión explicó cómo es que la angustia psíquica puede manifestarse en síntomas físicos. En el contexto de la hipocondría, este fenómeno se presenta de forma más sutil, generando la aparición de sensaciones y molestias físicas persistentes que refuerzan la creencia de padecer una enfermedad a pesar de que no exista un fundamento médico identificable (Freud, 1905).

Un aspecto que Freud identificó como un promotor de la perpetuación del estado de hipocondría es la ganancia secundaria. Freud indica que el individuo al obtener atención y cuidados debido a su supuesta afección, este fortalece su comportamiento hipocondríaco. Este refuerzo externo actúa como un mecanismo que mantiene la sintomatología y complica la resolución del conflicto inconsciente (Freud, 1926).

3.6 Las Lesiones y el Dolor en "Más Allá del Principio de Placer" de Freud

Freud en *Más allá del principio de placer* (1920/2008), propuso que el malestar específico asociado al dolor físico resulta de la ruptura de la defensa contra estímulos en una región particular del cuerpo, lo que posibilita un flujo constante de excitaciones hacia el sistema psíquico. En este contexto, Freud plantea una analogía entre el dolor físico y las pulsiones, proponiendo que la agresión externa que origina el dolor se relaciona con la agresión interna de la pulsión.

Posteriormente investigadores como Castellanos (2009), han ampliado esta perspectiva al considerar el dolor físico como un síntoma y una forma de satisfacción compensatoria. Este autor propone que el dolor no debe ser entendido únicamente

como un fenómeno fisiológico, sino también como una manifestación de lo que se encuentra reprimido en la psique, ya que este actúa como una satisfacción sexual sustitutiva que puede influir en las funciones corporales.

Freud, define al trauma como un fenómeno en el que un estímulo externo, puede penetrar la barrera que protege al aparato psíquico de los estímulos, esto puede ser debido a su intensidad o su relevancia para el individuo. Esta violación provoca una alteración en la economía energética del organismo, activando todos los mecanismos de defensa del aparato psíquico.

En una fase inicial, esta invasión de estímulos suprime el principio de placer, sumergiendo al aparato psíquico en un estado de sobrecarga energética. La función psíquica, por lo tanto, debe enfocarse en tratar de gestionar estos estímulos a través de un proceso de "ligadura psíquica" que permita su procesamiento y posterior asimilación en la vida psíquica del sujeto (Freud, 1920/2008).

Freud explica que, frente a la aparición de un estímulo traumático, la mente moviliza una energía de representación en torno al punto de intrusión, dando lugar a una contrainvestidura. Este procedimiento conlleva el empobrecimiento de otras funciones psíquicas, lo que resulta en una parálisis o una reducción de la actividad mental en diferentes aspectos (Freud, 1920/2008). Esta dinámica ilustra por qué, en ciertos casos de trauma, los individuos pueden experimentar dificultades para concentrarse o para disfrutar de otras áreas de su vida.

Freud analizó las neurosis de guerra como ejemplos clínicos donde la impresión traumática se acompañaba de una lesión física. En estos casos, el sujeto tenía más posibilidades de tramitar el exceso de energía gracias a la sobreinvertidura narcisista del órgano o parte del cuerpo implicada. Es decir, la presencia de una marca visible en el cuerpo servía como anclaje simbólico para articular la experiencia traumática en palabras, facilitando la tramitación del trauma y reduciendo la intensidad de los síntomas postraumáticos (Freud, 1920/2008). Se entiende así que el dolor representa una dificultad para su simbolización, dejando

al sujeto atrapado en una experiencia de sufrimiento sin una narrativa clara que permita su elaboración.

El dolor crónico, particularmente aquel que no posee una localización definida ni una lesión observable, representa un desafío para su representación dentro del aparato psíquico. De acuerdo con Freud (1920/2008), el aparato psíquico intenta procesar las experiencias dolorosas mediante la asociación simbólica de las mismas, lo que facilita su incorporación en la historia personal del individuo. Sin embargo, cuando esta integración resulta inviable, el dolor permanece en un estado de fijación pulsional, obstaculizando la resolución del conflicto inconsciente.

En este contexto el dolor crónico puede ser interpretado como una expresión de la pulsión de muerte, en tanto que opera dentro de un ciclo cerrado sin la oportunidad de una adecuación efectiva. Freud en su obra *Más Allá del Principio de Placer* (1920/2008), argumenta que en el momento en que la energía pulsional no logra ser procesada, gestionada a través de canales simbólicos, esta se acumula en el cuerpo, provocando síntomas que no pueden ser resueltos a través de vías convencionales.

En lo que respecta a la hipocondría, ante la ausencia de una lesión o herida que pueda ser observable, el individuo es incapaz de asociar su dolor con una causa concreta o específica, lo que complica su integración simbólica y, en consecuencia, esto genera un estado de ansiedad constante. Freud (1920/2008) explica que el dolor físico, al no poseer de una representación simbólica, se transforma en un fenómeno que se repite, donde el sujeto queda atrapado en una experiencia de sufrimiento que carece de una narrativa clara que permita su adecuado procesamiento.

se puede observar Este mecanismo en afecciones como la fibromialgia, donde la persona experimenta un malestar continuo pero el dolor no puede ser localizado con precisión. De acuerdo con Castellanos (2009), en tales situaciones,

el dolor opera como sustituto de un conflicto psíquico no resuelto, funcionando, así como una satisfacción pulsional silenciosa.

3.7 La Problemática del Semejante en Freud

Un aspecto fundamental dentro del psicoanálisis es el concepto del semejante, ya que implica temas esenciales relacionados con la conformación del Yo, la interacción con el otro y el desarrollo de la subjetividad. Freud aborda esta problemática a partir de elementos como la identificación, el narcisismo y la conexión con el semejante, considerado al otro como un elemento especular y como una fuente de amenaza.

Freud introduce el concepto de identificación en su obra *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), donde la describe como el proceso fundamental a través del cual el individuo se forma mediante su interacción con el otro. La identificación representa la forma inicial de conexión afectiva, que puede tener un carácter amoroso o agresivo, y se expresa en la relación con el similar.

La identificación primaria se considera un fenómeno que ocurre en las etapas iniciales del desarrollo psíquico, en el que el yo se configura tomando como referencia modelos externos. La interacción con el otro no siempre es armónica; por el contrario, presenta tensiones y conflictos, ya que el semejante puede fungir como una fuente de deseo o rivalidad.

Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* propone que: “La identificación es la manifestación más temprana de un lazo emocional con otra persona” (1921/1996, p. 116). Esta aseveración implica que el otro no se limita a ser una mera referencia externa, sino que constituye una estructura que contribuye de forma activa a la conformación del individuo.

Este reflejo genera una relación de ambivalencia. Por un lado, la semejante encarna un ideal que el sujeto desea alcanzar; pero por otro, se transforma en un rival que amenaza su individualidad. Freud en su teoría acerca de la formación del Yo y su relación con el Ideal del Yo y el Yo Ideal, ahonda en este aspecto, donde el

otro se convierte en un modelo a emular, pero también en una limitación o impedimento.

3.7.1 *El Semejante como Objeto de Amor y de Odio*

En los aportes freudianos el semejante no se considera únicamente un objeto de identificación, sino que también representa un foco de amor y de odio. En su texto *Tótem y tabú* (1913), Freud examina la interacción entre los hermanos primitivos, y la rivalidad fraternal que se revela en el asesinato del padre primordial. Dentro de este contexto, el semejante se percibe como un competidor en la lucha por la conquista de poder o afecto.

En la relación con el semejante el complejo de Edipo también desempeña una función primordial. En el contexto de la dinámica edípica, el individuo se halla ante una relación triangular donde el otro se presenta como un rival por el amor del objeto deseado. Freud caracteriza esta relación como una fuente de conflictos inconscientes que tendrán influencia en las relaciones futuras.

3.7.2 *El Semejante y la Constitución del Yo*

Freud argumenta que la interacción con el otro es fundamental en la formación del Yo. En su obra *El yo y el ello* (1923), explica que el Yo se forma a través de identificaciones con figuras importantes. Sin embargo, el papel del otro no solo actúa como una fuente de identificación positiva, sino que también genera conflictos, ya que en él se proyectan deseos y temores reprimidos.

La perspectiva freudiana explica que la relación con el otro no es únicamente un acto reflejo, sino que también implica una dimensión pulsional que se expresa en ambivalencia emocional. Este aspecto es también abordado por Lacan en su modelo del estadio del espejo, donde afirma que la imagen del otro es fundamental para la constitución del yo, aunque también representa una fuente de alienación y de conflicto.

Freud destaca la compleja relación del sujeto con el otro. Mediante mecanismos como la identificación, el narcisismo y la ambivalencia emocional,

Freud demuestra que el otro no es simplemente un modelo a seguir o un competidor, sino también es parte esencial en el desarrollo de la estructura del psiquismo. El abordaje de esta problemática, sigue siendo fundamental en el psicoanálisis contemporáneo, influyendo en teorías que abordan la subjetividad, la relación con el otro y la formación del yo.

3.8 Falla en la Percepción y Recuerdo que se Constituyó en

Representación

Desde sus comienzos el psicoanálisis ha indagado y propuesto explicaciones acerca de la conexión entre la percepción, la memoria y la generación de representaciones mentales. Freud planteó que tanto la memoria como la percepción no son de forma precisa reproducciones exactas de la realidad externa, sino que son más bien procesos influenciados por la estructura del sistema psíquico y los mecanismos defensivos. De este modo es como pueden surgir representaciones distorsionadas o reprimidas, como resultado de la deficiencia en la percepción y la memoria, que afectan en la subjetividad del sujeto.

Freud en su texto "Proyecto de Psicología para Neurólogos" (1895), propone a la percepción como un proceso dinámico en el cual el aparato psíquico discrimina y selecciona la información basándose en su carga emocional y de la economía libidinal. La represión, entendida como un mecanismo defensivo, altera la percepción, evitando que ciertos contenidos dolorosos o amenazantes sean registrados en la memoria consciente (Freud, 1915). Esta restricción inicial en la percepción tiene como objetivo obstaculizar que determinados eventos se conviertan en recuerdos conscientes, lo que a su vez produce lagunas mnésicas o formaciones sustitutivas.

Freud en "Más allá del principio del placer"(1920/2008), examina de forma exhaustiva el vínculo entre percepción y represión, señalando que el psiquismo tiende a evitar la sobrecarga de estímulos que generan malestar, impidiendo la percepción de ciertos contenidos. Este proceso de filtrar la percepción no solo opera

como un mecanismo de defensa, sino que además desempeña un papel en la estructuración de la realidad psíquica.

En el contexto clínico, las deficiencias perceptivas causadas por la represión se tienen manifestación en fenómenos como la conversión histérica y la disociación, donde ciertos estímulos sensoriales no se registran de manera consciente, sino que surgen en forma de síntomas somáticos o alucinaciones (Freud, 1894). Esto evidencia que la percepción no es un fenómeno pasivo, sino una construcción psíquica sujeta a la dinámica del inconsciente.

Freud (1899) elabora explicaciones donde pone en duda la fidelidad de los recuerdos, sustentó como es que el acto de recordar es más bien una reconstrucción fundamentada en fragmentos mnésicos alterados. El concepto de "recuerdo encubridor" es un ejemplo de cómo la psique reemplaza un acontecimiento traumático con una imagen secundaria que sirve para ocultar el contenido latente (Freud, 1901). Entendida así, la memoria se presenta como maleable y susceptible a las dinámicas del deseo y de la defensa.

3.8.1 *El Paso de la Percepción a la Representación*

La teoría freudiana realiza una distinción entre las representaciones verbales y las de objeto (Freud, 1915). Esto se explica de la siguiente forma; cuando la experiencia perceptiva, no se procesa de manera simbólica, esta puede quedar confinada en el inconsciente como una "representación de objeto" que carece de un equivalente verbal. esto se puede observar en la neurosis traumática, en donde la experiencia no se logra integrar simbólicamente y se presenta nuevamente en forma de síntoma (Laplanche y Pontalis, 1996). Es por eso que la incapacidad para convertir la percepción en una representación consciente constituye un aspecto fundamental en la formación de la psicopatología.

Por su parte, Lacan (1957) propone que la realidad psíquica se organiza de manera similar a un lenguaje, donde la percepción es influenciada por el significante. La disfunción en la percepción y la memoria representa una

manifestación de lo Real que no se puede simbolizar en su totalidad. Lo que provoca este vacío en el sistema simbólico es la aparición de repeticiones sintomáticas y construcciones imaginarias que buscan compensar la ausencia de una representación apropiada.

La falla en la percepción y el recuerdo no es simplemente un error cognitivo, sino un proceso psíquico estructural en el que la subjetividad se constituye. Entender estas fallas permite comprender clínicamente el origen de la repetición sintomática y las manifestaciones del inconsciente.

3.9 El Esquema Corporal

El término esquema corporal fue propuesto por Bonnier en 1905 y posteriormente profundizado por diversos autores, quienes en general argumentan que el esquema corporal es dinámico y experimenta variaciones constantes en función de la experiencia y la interacción con el entorno. En ámbitos como la psicología, la educación, la neurociencia, y la rehabilitación, el concepto de esquema corporal es esencial. Este término se refiere a la representación mental y dinámica del propio cuerpo que la persona habilita para percibir como se sitúa en el espacio, realizar movimientos y conservar el equilibrio. (Le Boulch, 1987). El esquema corporal se encuentra determinado por elementos neurológicos, perceptivos y emocionales, y cualquier alteración de este puede impactar de manera considerable tanto en la vida cotidiana como en la salud mental.

Desde el punto de vista de la neurociencia, Damasio en 1999 a través de sus investigaciones demuestra que la representación del cuerpo involucra una red neuronal la cual se encuentra distribuida en distintas estructuras cerebrales que incluyen la corteza somatosensorial, la corteza parietal y estructuras subcorticales como el cerebelo. Estas áreas neuronales colaboran para establecer una percepción continua del cuerpo en relación con el espacio y el movimiento.

El esquema corporal inicia su formación desde la infancia y continúa su evolución a lo largo de la vida. Wallon (1970) indica que, en sus primeros años de

vida, el niño tiene la oportunidad de conocer el entorno a través del movimiento y la exploración sensorial, factores que favorecen el desarrollo de la conciencia corporal. Piaget (1952) también remarcó la conexión entre el desarrollo psicomotor y la elaboración del esquema corporal, afirmando que durante la etapa sensorio motora (0-2 años), el niño empieza a coordinar sus movimientos de manera intencionada.

A lo largo de la infancia y la adolescencia, la maduración del sistema nervioso, junto con la experiencia en actividades motoras complejas, refuerza la integración del esquema corporal. En la adultez, aunque el esquema corporal ya se encuentra establecido, permanece flexible y es susceptible a modificaciones derivadas de la práctica de actividades físicas, la adquisición de nuevos movimientos o la vivencia de experiencias sensoriales diferentes (Berthoz, 1997).

El esquema corporal tiene un rol fundamental en la ejecución de movimientos, la ubicación espacial y la interacción con otros. En el entorno educativo, su desarrollo apropiado favorece el aprendizaje de habilidades motoras tanto finas como gruesas, incluyendo la escritura y la coordinación visomotora (Gallahue y Ozmun, 2012). En el contexto de la rehabilitación, la terapia ocupacional y la fisioterapia se enfocan en la reeducación del esquema corporal de personas con lesiones neurológicas o que presentan limitaciones en su movilidad (Sacks y Vauclair, 2016).

En el campo de la psicología, la percepción del propio cuerpo tiene un papel crucial en la autoestima y la identidad individual. Condiciones como el trastorno dismórfico corporal, la anorexia nerviosa y la esquizofrenia han sido vinculados con alteraciones en la percepción del esquema corporal (Bruch, 1973; Gallagher, 2005). Además, investigaciones recientes han mostrado que la práctica de mindfulness y los métodos de conciencia corporal favorecen la relación de las personas con su propio cuerpo y al mismo tiempo ayudan a disminuir la ansiedad y el estrés, esto debido a que este tipo de prácticas funcionan al transformar un estilo de atención des adaptativo en uno adaptativo, entrenando la plasticidad cerebral para que las

señales de estrés no sean interpretadas como alarmas de peligro (Mehling et al., 2012).

3.9.1 *Trastornos Relacionados con el Esquema Corporal*

Las alteraciones en la percepción del esquema corporal pueden presentarse de numerosas maneras, abarcando desde dificultades en la coordinación motora, hasta trastornos psiquiátricos significativos. Algunos de los trastornos más investigados son: Trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC), dificultades en la obtención y realización de habilidades motoras (Gaines et al., 2008), síndrome de la extremidad ajena, sensación de falta de control sobre una extremidad, esta se presenta a menudo como resultado de lesiones en el cuerpo calloso o la corteza parietal (Feinberg, 2001), dismorfia corporal, alteración en la percepción de la propia imagen, la cual es frecuentemente observada en trastornos de la alimentación (Veale, 2004), y alteraciones en lesiones neurológicas.

Los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares pueden experimentar heminegligencia, que es un trastorno neurológico en el que una persona no presta atención a la mitad de su cuerpo o a su entorno (O'Mara y Walsh, 1994).

3.10 Imagen Corporal

La imagen corporal constituye un concepto desarrollado por Schilder (1935) que posee múltiples dimensiones, y hace alusión a la representación interna que un individuo posee sobre su propio cuerpo, el concepto fue además de las emociones y actitudes que surgen de dicha representación. A partir de lo enunciado por Schilder, otros teóricos contemporáneos como Cash y Pruzinsky (2002), afirman que esta construcción no es estática ni universal ya que se ve influenciada por factores psicológicos, sociales, culturales y vivencias personales. En la actualidad, la imagen corporal como percepción del cuerpo ha tomado un papel significativo debido a su impacto en la salud mental y la autoestima de los individuos.

Continuando con lo propuesto por Schilder, la imagen corporal se define como la manera interna en que un individuo percibe su propio cuerpo. Tal concepción no es fija ni objetiva, la cual está influenciada por elementos psicológicos, sociales y culturales. Desde la postura de la psicología, la imagen corporal se desarrolla a partir de la interacción entre la percepción visual y la valoración subjetiva de la apariencia propia. Diversos estudios en los campos de la salud y la psicología, destacan que esta representación contribuye significativamente en el desarrollo y la formación de la identidad y la autoestima. (Schilder 1935).

Los componentes que forman el concepto de imagen corporal se pueden clasificar en cuatro dimensiones fundamentales: Perceptual, cognitivo, afectivo o emocional y conductual (Raich, 2004).

La imagen corporal tiene un componente perceptual al cual se refiere a la manera en que un individuo evalúa y considera las características, dimensiones y singularidades de su cuerpo. Este aspecto de la imagen corporal puede verse influenciado por trastornos como la dismorfia corporal, donde el individuo posee una percepción deformada de su cuerpo. Diversos estudios han señalado que la percepción del cuerpo no siempre concuerda con la realidad objetiva, y también se ve afectada por elementos cognitivos y emocionales (Cash & Pruzinsky, 2002).

La imagen corporal también presenta un componente cognitivo, este componente las percepciones y creencias que un individuo tiene sobre su propio cuerpo. Está relacionado con las valoraciones que el individuo tiene sobre su aspecto, peso, figura y atractivo físico. Frecuentemente estas percepciones se pueden ver afectadas por las normas y expectativas sociales de belleza, lo que puede dar lugar a pensamientos negativos autocríticos o negativos si es que la persona no se ajusta a dichos estándares (Rodríguez-Testal et al., 2018).

Por otra parte, la imagen corporal también incorpora un componente afectivo o emocional, se refiere a los sentimientos y emociones vinculados con la percepción

del cuerpo. Puede abarcar desde la satisfacción y el orgullo hasta la vergüenza, la ansiedad y el desagrado. Este componente es de gran importancia, ya que múltiples estudios han demostrado que la insatisfacción con la imagen corporal se encuentra estrechamente relacionada a problemas de salud mental como la depresión y los trastornos de la alimentación (Grogan, 2017).

Se presenta otro elemento en la imagen corporal, que es el componente conductual, este elemento está vinculado con las acciones que un individuo lleva a cabo como respuesta a su percepción de la propia imagen corporal. Estas conductas pueden incluir la práctica excesiva de ejercicio o de actividad física, cambios en la alimentación, someterse a intervenciones quirúrgicas estéticas o evitar ciertas interacciones sociales debido a preocupaciones sobre la apariencia. En algunas ocasiones, este aspecto se manifiesta a través de comportamientos extremos, como el uso de medicamentos para perder peso o la realización de rutinas de ejercicio muy intensas (Stice, 2002).

Estos elementos interactúan continuamente y pueden ser influenciados por experiencias individuales y el contexto del entorno social. Una comprensión integral de la imagen corporal es fundamental para la elaboración de estrategias que fomenten una autoimagen positiva y de esta manera prevenir problemas de salud cuyo origen es la insatisfacción con la propia imagen corporal.

La imagen corporal no es una construcción aislada, sino que está influenciada por múltiples factores:

Factores socioculturales: Tienen un papel fundamental las exigencias de cumplir con determinados estándares de belleza dictados por medios de comunicación y las industrias de la belleza y moda (Grogan, 2017).

Factores psicológicos: La autopercepción, la autovaloración, las comparaciones sociales y la ansiedad son elementos esenciales que afectan la percepción del cuerpo (Rodríguez-Testal et al., 2018).

Factores biológicos: Hay variaciones fisiológicas y hormonales que ocurren de manera natural las cuales pueden afectar la manera en que se percibe el cuerpo, especialmente durante etapas como la adolescencia (Toro, 2009).

3.11 El Esquema e Imagen Corporal desde la Perspectiva de la Teoría

Psicoanalítica

Mientras que el esquema corporal es más cercano a la idea del cuerpo como una máquina biológica, el psicoanálisis se interesa más por lo subjetivo e inconsciente que ocurre en esa máquina, es por eso que el concepto de imagen corporal es más cercano a la clínica y la teoría psicoanalítica. Freud (1923/2008) explica que la autopercepción del cuerpo se ve influida por procesos mentales inconscientes, así como por experiencias pasadas de deseos y conflictos personales. En el texto "El yo y el ello", menciona que el yo se percibe principal y esencialmente como un yo corporal, donde la identidad subjetiva se forma en función de la representación del cuerpo.

Con esta precisión, desde el enfoque de Freud, la imagen corporal no se limita a la anatomía y la medicina, sino que también está influenciado por el narcisismo, la libido y la representación simbólica del cuerpo en el inconsciente. Explica que el cuerpo representa el primer objeto de placer y sufrimiento, y la relación que el individuo desarrolla con su cuerpo se ve afectada por sus vivencias iniciales con la madre y su entorno. Estas vivencias quedan grabadas en la memoria inconsciente y moldean la autoimagen que el sujeto tiene de sí mismo.

Por su parte, Françoise Dolto (1984) elaboró el concepto de la "imagen inconsciente del cuerpo", entendiendo la imagen corporal desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana. Según Dolto, la imagen inconsciente del cuerpo se presenta como una construcción simbólica y relacional que posibilita la articulación del deseo y la estructuración del sujeto en su relación con el Otro. Dolto explica que la imagen inconsciente del cuerpo no se ve ni se siente directamente, sino que se

manifiesta en los síntomas, en los sueños, en el lenguaje y en las conductas corporales.

Freud en "Introducción al narcisismo" (1914/1979), describió al narcisismo como una conducta en la cual el individuo trata a su propio cuerpo de forma similar a un objeto sexual, lo mira y acaricia con deleite, Freud aclara que eso no es todo lo que ocurre en cuanto al narcisismo, es solo el principio, ya que para que este se constituya como tal, debe de ocurrir una "nueva acción psíquica" debido a que el yo no existe desde el principio de la vida del individuo y este se debe desarrollar. Previo a esto solo existen las pulsiones auto eróticas. Es un estado temprano donde toda la libido se dirige al propio cuerpo.

En el mismo texto de introducción al narcisismo Freud expone que el narcisismo secundario es el proceso por medio del cual, el cuerpo retorna, vuelve a ser el objeto sexual único y principal del individuo. El narcisismo secundario a través de la erogenidad, moldea y en algunos casos patológicos, distorsiona la vivencia y la imagen del cuerpo.

Cabe destacar que Freud no utilizó el término de imagen corporal, lo que menciona es la elaboración psíquica del cuerpo a través del concepto yo cuerpo y el narcisismo.

3.11.1 La Imagen Corporal desde la Perspectiva Psicoanalítica de Jacques Lacan

Jacques Lacan proporciona una particular interpretación sobre la formación del sujeto a través del cuerpo, basada en su teoría del estadio del espejo y la interrelación del individuo con la imagen especular.

La teoría del estadio del espejo entre otras elaboraciones, representa una de las contribuciones más importantes de Lacan para la comprensión de la imagen corporal como acto psíquico. En su obra "Escritos" (Lacan, 1949/2008) explica que, entre los seis y dieciocho meses de edad, el infante es expuesto por un semejante ante su propia imagen en el espejo y comienza a identificarse con ella. En este

proceso, el niño percibe su cuerpo como una entidad coherente, a diferencia de la experiencia fragmentada del cuerpo real, que todavía carece de coordinación motora. Lacan propone que la concepción del cuerpo se forma a través de la identificación con la imagen reflejada. Según Lacan, cuando el infante se ve a sí mismo en el espejo, logra adquirir una imagen cohesiva de su corporalidad, lo que tiene un papel esencial en la elaboración del Je.

El estadio del espejo es fundamental porque posibilita que el niño forme un "yo" (Je) apoyado en una imagen idealizada de sí mismo. Sin embargo, esta imagen no refleja de manera precisa la experiencia del cuerpo vivido, sino que es una construcción simbólica que se desarrolla en el contexto del Otro, a través del lenguaje y la mirada del deseo de los padres (Lacan, 1949/2008).

CAPITULO 4

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS RELACIONADAS CON EL DEPORTE

4.1 Helene Deutsch y sus Aportaciones a la Psicología del Deporte

Helene Deutsch (1884–1982), pionera del psicoanálisis, fue una de las primeras en estudiar la manifestación corporal del conflicto psíquico, especialmente en mujeres, pero sus planteamientos pueden extrapolarse a otros campos, como el de la psicología clínica y el deporte. En sus “escritos sobre la psicosomática”, “una contribución a la psicología del deporte” y “la expresión corporal de lo inconsciente”, Deutsch sostiene que el cuerpo puede convertirse en el escenario donde se inscriben las tensiones emocionales, conflictos internos o duelos no elaborados (Deutsch, 1942/1965).

Deutsch desarrollo explicaciones que aportan a la psicología del deporte por medio de la teoría psicoanalítica, indagando como es que los elementos psíquicos como la motivación, la ansiedad y la autoimagen, influyen en el desempeño

deportivo. Las aportaciones de Deutsch en el deporte se basan no solo en las capacidades físicas, sino también en la participación de la psique humana.

En el ensayo de Helene Deutsch de 1926 titulado “Una contribución a la psicología del deporte” a Deutsch no se le debe entender su enfoque como el presente en la psicología deportiva moderna, que se enfoca al rendimiento o la motivación, su escrito es más un análisis psicoanalítico profundo sobre el simbolismo del ejercicio y el deporte, estableciendo una de las primeras conexiones formales entre el psicoanálisis funcional y la actividad física y deportiva. En su escrito propone que el deporte actúa como un mecanismo de sublimación de impulsos agresivos y eróticos.

Deutsch destacó la relevancia de comprender las motivaciones inconscientes que inciden en los deportistas, así como la forma en que experiencias previas influyen en su rendimiento. Explica que, desde un punto de vista económico, participar en situaciones deportivas busca aliviar al aparato psíquico de su carga interna al desplazar el peligro (la ansiedad interna) hacia el mundo exterior.

Deutsch destacó la importancia de comprender como la autoimagen y la autopercepción del deportista repercuten de forma directa en su rendimiento deportivo. Explica que es fundamental fomentar un desarrollo adecuado de la autoestima y la autoconfianza para así poder afrontar las dificultades deportivas y superar barreras psicológicas.

Deutsch investigó y desarrolló conceptos teóricos sobre la profunda interacción entre la mente y las lesiones en general, lo que es también aplicable a lesiones originadas por la práctica deportiva, señaló que las tensiones emocionales no resueltas, pueden manifestarse como un trauma físico. Esta novedosa perspectiva consideró la conexión entre la mente y el cuerpo en el contexto deportivo, influyendo en investigaciones posteriores en relación a la psicología de las lesiones.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, Deutsch plantea que los conflictos que no son conscientes, posteriormente pueden manifestarse como síntomas somáticos. Estudió diversos casos que apoyan la idea de que determinados conflictos inconscientes pueden generar una predisposición a sufrir lesiones.

Deutsch señaló la idea de un concepto integral del ser humano, reconociendo la conexión entre la mente y el cuerpo. Fue de las primeras investigadoras que explicó cómo es que esta conexión aparece y se expresa en la práctica deportiva y las implicaciones que esto tiene en la aparición y prevención de lesiones.

4.1.1 *Autoboicot y Lesiones Deportivas*

Aunque no hay referencias específicas de Deutsch que aborden el tema del autoboicot en deportistas, las ideas que desarrollo respecto al narcisismo y el masoquismo, ofrecen un marco para entender cómo es que conflictos psíquicos internos influyen en conductas auto destructivas.

Deutsch exploró la aparición del autoboicot como una forma de resistencia inconsciente. Para tener una aproximación desde una perspectiva psicoanalítica al concepto de autoboicot en deportistas, es crucial la utilización de conceptos psicoanalíticos desarrollados por Deutsch como el narcisismo y el masoquismo, conceptos de los cuales Deutsch realizó aportaciones significativas. El narcisismo, entendido como una inversión libidinal en la autoimagen, que puede inducir a conductas autodestructivas cuando el individuo se enfrenta a amenazas a su percepción de sí mismo o a su autoestima. En la práctica deportiva un atleta podría inconscientemente afectar su propio rendimiento o provocarse lesiones como una forma de afrontar conflictos internos relacionados con su autoimagen, la exigencia por triunfar o el temor al fracaso.

El masoquismo, el otro concepto abordado por Deutsch, se relaciona con la búsqueda inconsciente de dolor o sufrimiento. En el contexto deportivo, esto podría presentarse en una tendencia a presentar lesiones o en la realización de entrenamientos excesivamente intensos, actuando esto como una forma de

expiación o de auto reproche inconsciente. Estas conductas podrían estar motivadas por sentimientos de culpa, una baja autoestima o la necesidad de reafirmar el propio valor a través del sufrimiento.

4.2 Los Que Fracasan Cuando Triunfan

La mayoría de los individuos desea alcanzar una realización profesional y financiera que les proporcione una existencia placentera y libre de excesivas preocupaciones. No obstante, se puede observar que algunas personas parecen conseguir este objetivo con mayor facilidad, ya sea debido a su formación, habilidades o incluso a una aparente buena fortuna. Por otro lado, existen individuos que, a pesar de poseer competencias similares, se enfrentan a dificultades que obstruyen la materialización de sus aspiraciones. Frecuentemente, justo cuando se encuentran cerca de lograrlas, un error o incidente ocurre y socava sus planes.

Este fenómeno es conocido comúnmente como "autosabotaje", que se refiere a la tendencia a actuar en contra de los propios objetivos y aspiraciones de éxito. ¿Qué causa esto? Desde la óptica psicoanalítica, la explicación podría estar vinculada a los conflictos inconscientes que enfrenta cada individuo. En su ensayo de 1916, "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico", Freud analiza un grupo de personas a las que denomina "los que fracasan cuando triunfan". Según Freud, estos individuos no experimentan el fracaso a causa de la falta de habilidades u oportunidades, sino por un sentimiento inconsciente de culpa asociado a un conflicto edípico. Para ellos, alcanzar el éxito simboliza superar al padre, lo que activa un impulso inconsciente de autoconflicto que les lleva a evitar ese logro. Esto representa una particularidad en la manifestación de las neurosis, donde, en lugar de surgir de la frustración o denegación de deseos, se presenta una enfermedad o situación que obstaculiza, precisamente cuando una persona alcanza un deseo profundamente arraigado y largamente perseguido.

De esta manera, Freud introduce la tesis de que, si bien el ser humano enferma de neurosis a consecuencia de la frustración de sus deseos libidinosos,

existen casos donde la enfermedad surge al cumplirse un deseo anhelado, lo que aniquila el goce de dicho éxito. Parece como si estas personas "no pudieran soportar su dicha".

Este conflicto se origina en la infancia, en el periodo en el que los niños desarrollan anhelos profundos de amor exclusivo hacia el progenitor del sexo opuesto y experimentan una rivalidad con el progenitor del mismo sexo. Durante esta fase, el niño imagina la posibilidad de derrotar y sustituir al padre para monopolizar la atención del otro progenitor. No obstante, al darse cuenta de que esto resulta irrealizable, el niño renuncia a dichos deseos y adopta un rol alternativo, identificándose con el padre del mismo sexo, para así posteriormente buscar su propio camino. Es a través de este proceso que se establece el "superyó", instancia psíquica encargada de la regulación de la moral, la culpa y los impulsos prohibidos.

No obstante, los conflictos infantiles pueden seguir presentes en la vida adulta, como es el caso de aquellos que "fallan al tener éxito".

4.2.1 El Éxito Como Desencadenante del Fracaso

Freud explica que el éxito puede actuar como un desencadenante de conflictos psíquicos inconscientes. De este modo, hay individuos que, en lugar de experimentar satisfacción por sus logros, son invadidos por emociones como la culpa, la ansiedad o el descontento. Freud atribuye este fenómeno a la influencia del superyó.

Visto desde esta óptica, el éxito puede hacer que se reviva una antigua culpa inconsciente asociada a deseos reprimidos o prohibidos. Por ejemplo, un individuo podría vincular su éxito presente con la realización de un deseo infantil de superar a un progenitor o figura de autoridad. Este conflicto interno puede provocar una sensación de no ser digno frente a la consecución de cualquier logro, lo que, a su vez, puede llevar a comportamientos autodestructivos o a somatizaciones que perturban su bienestar.

En la teoría freudiana, la frustración exterior hace referencia a los obstáculos reales del mundo externo que impiden a la pulsión alcanzar su satisfacción. Es decir, la libido se orienta hacia un objeto, pero este resulta inalcanzable por razones materiales, sociales o circunstanciales. En el caso de los que fracasan cuando triunfan, este tipo de frustración no suele ser el núcleo del conflicto, ya que, paradójicamente, el sujeto sí alcanza aquello que buscaba: el éxito, el reconocimiento, el logro esperado. No obstante, la frustración exterior puede aparecer en la forma de expectativas incumplidas: el triunfo se obtiene, pero no trae consigo la satisfacción prometida. El objeto del deseo se revela vacío, insuficiente o incapaz de colmar al yo. Freud señala que esto produce un sentimiento de desilusión que puede alimentar la regresión o la autoboicot.

La frustración interior se ubica en un nivel más complejo y profundo. Freud plantea que el yo, en su función mediadora entre el ello y el superyó, tolera el deseo mientras este se mantenga en el plano de la fantasía. Sin embargo, cuando ese deseo amenaza con hacerse realidad, el yo reacciona con mecanismos defensivos que lo bloquean o lo sabotean.

En los casos de fracaso tras el triunfo, la frustración interior es determinante. El sujeto puede fantasear con el éxito, imaginarlo, incluso esforzarse por alcanzarlo. Pero cuando se aproxima a la consumación del deseo, emergen intensas resistencias inconscientes: sentimientos de culpa, miedo al castigo, temor a perder el amor de los objetos primarios, o la vivencia de que la satisfacción está prohibida.

En los casos de "fracaso por el triunfo", la frustración interior opera por sí sola o surge únicamente después de que la frustración exterior ha cedido lugar al cumplimiento del deseo. Esto revela una dinámica en la que el yo tolera un deseo mientras este permanece como una inofensiva fantasía, pero se defiende enérgicamente contra él tan pronto como se acerca a la realidad y amenaza con cumplirse.

En la experiencia de los que fracasan cuando triunfan, Freud reconoce un matiz afectivo esencial: el triunfo, en lugar de vivirse como legítima recompensa, se experimenta como “algo demasiado bueno”, es decir, como un goce excesivo e indebido. Este sentimiento surge de la estructura inconsciente del sujeto y del legado del complejo de Edipo, donde toda superación del padre o apropiación de lo que simboliza la madre es considerada una transgresión prohibida. Es decir, el éxito se convierte en un exceso intolerable ya que, en el plano inconsciente, la llegada a esa meta no es vivida como legítima, sino como una usurpación: se ha tomado algo que, en lo más profundo de la psique, estaba prohibido. como si se hubiera alcanzado un goce al que no se tiene derecho.

En su “Carta a Romain Rolland” (1936), Freud amplía esta reflexión, señalando que el individuo no se permite ser feliz porque no cree merecer algo tan bueno del destino. La mezcla de satisfacción y culpa inconsciente perpetúa la crítica infantil hacia el padre, prohibiendo simbólicamente superar su figura (Freud, 1936/2013).

4.2.2 El Complejo De Edipo y su Importancia en los que Fracasan Cuando Triunfan

En los que fracasan cuando triunfan, el triunfo se convierte simbólicamente en una realización edípica: alcanzar un puesto de poder, conquistar un amor, o recibir reconocimiento puede equivaler inconscientemente a haber vencido al progenitor rival y apropiarse del amor o los privilegios prohibidos.

Así, el éxito actual reanima la fantasía inconsciente de haber cometido el crimen edípico (matar al padre y poseer a la madre). Frente a ello, el superyó — como heredero de las prohibiciones parentales— responde con violencia, generando culpa insoportable y necesidad de castigo. El fracaso es, entonces, una forma de expiación.

4.2.3 La Culpa Inconsciente, el Temor y la Necesidad de Castigo

Freud argumenta que el superyó desempeña una función de regulación que no siempre es benevolente. En el caso de los individuos mencionados, la culpa inconsciente puede ser lo suficientemente intensa como para que el éxito, en lugar de ser un motivo de satisfacción, se considere una falta. Esto ilustra por qué algunas personas sienten una necesidad inconsciente de fallar como un medio para mitigar esa culpa. El yo, obedeciendo las exigencias del superyó, castiga al sujeto justo en el momento del logro, generando fracaso, síntomas neuróticos o incluso accidentes y enfermedades.

Un ejemplo frecuente se observa en aquellos que padecen ansiedad o depresión tras haber alcanzado un importante objetivo profesional. Ascensos laborales, reconocimiento social o incluso la satisfacción en las relaciones amorosas pueden actuar como catalizadores de un conflicto interno no resuelto. Este mecanismo también puede evidenciarse en figuras públicas que, tras lograr la fama, se ven envueltas en escándalos, padecen adicciones o toman decisiones que destruyen sus carreras.

Lejos de experimentar alegría, las personas que fracasan al triunfar pueden sentir ansiedad, desorganización, descontento consigo mismas, ideas paranoides de sentirse invadidas, depresión, ataques de pánico y algunos síntomas somáticos. Estos individuos, a menudo con gran talento, pueden haber experimentado una relación temprana "intensa" y "exclusiva" con su madre, y el éxito reaviva una excitación narcisista excesiva frente a los deseos incestuosos reprimidos. El auto-sabotaje se convierte en una "castración simbólica" que les permite sentirse autónomos, ya que el éxito podría percibirse como seguir siendo una parte de la madre, mientras que el fracaso es percibido como algo exclusivamente propio.

Ahondando en esta idea, en su obra "Tótem y tabú", Freud introduce la idea de una culpa estructural ligada a la genealogía y la filiación de todo sujeto. Esta culpa puede canalizarse a través de la Ley, como una deuda simbólica, o bien, manifestarse de manera destructiva, a través del sacrificio o la enfermedad (Freud, 1913/2010).

En la vida psíquica individual, la imposibilidad de elaborar esta deuda puede manifestarse como neurosis, síntomas o enfermedad psicosomática. El cuerpo y la mente se convierten en escenario de pago: el sujeto se castiga a sí mismo, reproduciendo la lógica de la culpa. La enfermedad funciona entonces como sacrificio privado que sustituye al sacrificio colectivo.

En el caso de los "que fracasan al triunfar", el sacrificio del éxito es una forma fallida de resolver la culpa por el "crimen" simbólico de superar al padre. Estos sujetos no pueden aceptar los dones del padre, lo que se traduce en un rechazo inconsciente a la dicha o el logro personal.

Así, el superyó, entendido como una instancia crítica y cruel, impone una carga de culpa que no se reconoce como tal, sino que se expresa en forma de fracaso. Según Freud, los individuos atribuyen este fracaso al destino, evadiendo la responsabilidad subjetiva (Freud, 1916/2014).

Lacan retoma esta cuestión y plantea que superar la figura paterna es un tema central en las neurosis. En la clínica, esto se relaciona con las diversas versiones del padre y el complejo de castración. Lacan propone orientar el tratamiento en esta dirección lo cual permite elaborar y abordar los obstáculos que impiden al sujeto aceptar su deseo y su capacidad para realizarlo (Lacan, 2007).

Entendido así, el fracaso frente al éxito permite observar una dinámica inconsciente compleja, en la que el deseo, la culpa y el superyó se entrelazan, dificultando al sujeto aceptar los frutos de lo que ambiciona.

Más adelante en la investigación se relacionará este mecanismo de autoboicot con el trastorno de conversión y el deporte.

4.3 NIKEFOBIA

El miedo al éxito, también conocido como Nikefobia (del griego "Nike", diosa de la victoria, y "fobia", miedo), es un fenómeno que se manifiesta como un temor irracional e inconsciente a alcanzar el éxito. Este temor se puede deber a diversas

razones: la percepción de una mayor responsabilidad, el miedo al cambio en las relaciones interpersonales, o la creencia de que el éxito conllevará nuevas presiones y expectativas imposibles de cumplir.

Aquí es preciso hacer una distinción entre miedo al éxito y fracasar al triunfar, en el primero está presente el temor a ser exitoso, en el segundo ya se ha alcanzado el éxito y se sufre un fracaso o autosabotaje.

En el contexto deportivo, los atletas generalmente están bajo la observación meticulosa de los medios de comunicación, los aficionados y los organismos deportivos. El temor al éxito puede provocar autosabotajes inconscientes en el desempeño, tales como por ejemplo cometer errores en momentos decisivos, experimentar bloqueos mentales o, incluso, presentar dolor físico psicógeno como una forma de evitar las responsabilidades que implica el triunfo.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, la Nikefobia puede entenderse como una manifestación de conflictos inconscientes. Sigmund Freud, en su teoría del desarrollo psíquico, postuló que los deseos reprimidos y los conflictos internos podrían dar lugar a comportamientos autolimitantes. Por ejemplo, el miedo al éxito podría estar vinculado a un sentimiento de culpa inconsciente relacionado con el deseo de superar a figuras parentales (Freud, 1916/1917).

Karen Horney (1945), una psicoanalista neo freudiana, también ofrece una lente útil para analizar la Nikefobia. Su teoría de las "necesidades neuróticas" sugiere que algunas personas desarrollan una necesidad inconsciente de evitar el éxito como mecanismo de defensa frente al miedo al rechazo o a la alienación social. En algunos casos, el deportista por miedo a alcanzar el éxito o la victoria, realiza acciones, se presentan síntomas psicósomáticos o enfermedades, que lo llevan a fallar justo antes de alcanzar su meta.

4.4 Caso de Estudio

María N de 22 años de edad, corredora de carreras de fondo y medio fondo, refiere dolor en rodilla derecha, llega a atención psicológica al ser remitida por el

médico deportivo, después de haber tenido revisión por parte de tres médicos especialistas en medicina deportiva que señalan que no se presenta ninguna lesión física evidente, incluso se han realizado estudios de resonancia magnética, así como una artroscopia que no evidencian lesión alguna, se diagnostica dolor sin desgarro o esguinces de ligamentos, tampoco presenta desgarros de menisco, ni bursitis o tendinitis, se descarta síndrome de la banda iliotibial, así como síndrome patelo femoral, tampoco ha presentado golpes o caídas ni infecciones.

Debido al intenso dolor que presenta no ha podido participar en una competencia importante, refiere que le han sucedido varios dolores de este tipo previo a otras competencias importantes, en entrevista la persona refiere que esta situación "siempre le ocurre" antes de competencias importantes, refiere que el dolor se presenta "de repente" de un día para otro sin previamente tener indicios de sobrecarga muscular o molestia alguna, en cuanto a atención y seguimiento tiene tratamiento fisioterapéutico que consiste en rehabilitación y tratamiento analgésico. Ella se define a sí misma como una persona tenaz, enfocada y disciplinada.

En sus primeras palabras dice: "que ya no quiere que le suceda eso, que tiene que estar bien para poder competir, que tiene mucho dolor y que toma muchas pastillas y que solo no mejora, que ya no quiere estar así", al preguntarle cómo iniciaron los síntomas refiere; " Que fue hace unos cinco años, ella siempre ha corrido, pero hace cinco empezó ya a un nivel más profesional por sugerencia de su padre, quien la acompaña a todos los entrenamientos y competencias. Simplemente ocurre que de un día para otro se despierta y ya se encuentra instalado el dolor, que ella siente que no ha hecho nada en los entrenamientos para que le empiece a doler, si ha tenido lesiones, pero en otras partes, como los tobillos, pero nunca de rodilla, los doctores le dicen que van a revisarla a profundidad, pero simplemente no encuentran lo que le sucede". Le señale la coincidencia del inicio de sus dolores con el paso a un nivel más profesional. Después de narrar ese inicio continúa diciendo que su madre si la apoya, pero no tanto como su padre, que su madre es más bien distante de todo lo deportivo, pero que siente un gran

compromiso con su padre por que la ha apoyado desde pequeña, y que, si es muy exigente, pero que ella entiende que él sea así porque su padre es muy exigente en todos los aspectos de su vida, en el trabajo y en lo familiar. Refiere que el padre desde pequeña la "presionaba" pero todo por buscar sacar lo mejor de ella, tanto en lo deportivo como en lo académico, pues era condición del padre para dejarla competir, el tener excelentes calificaciones, sino, no la dejaba competir; así entonces ella siempre fue una alumna destacada, desde primaria hasta el grado académico que cursaba que era el de universidad.

Le pregunte acerca de su vida social y amorosa, a lo que ella dijo: "Que su papá no la dejaba tener novio", que eso solo la distraerla de la escuela y del deporte, que eso lo dejara para después, cuando ella ya tuviera una carrera profesional y el éxito deportivo, que eso solo le iba a quitar el tiempo y no la iba a dejar concentrarse en lo importante: la escuela y ganar competencias. Ella percibe que, si hay una relación entre el inicio de sus síntomas de dolor y el inicio deportivo a un nivel más profesional, ella menciona " desde que empezó el deporte más en serio la presión de mi papá me tiene así". Ya en la segunda entrevista narra sus vivencias infantiles, refiere que ella era muy enfermiza, se enfermaba de la garganta y que siempre fue muy delgada y "débil" le pregunte por qué?, cómo es que se determinaba su debilidad, refiere que ella no podía hacer deportes por que le afectaba mucho el sol, que realizaba un poco de actividad física en las clases deportivas de la escuela, pero siempre tenía que detenerse por que se cansaba muy rápido, fue que su padre la animó a empezar a correr para irse fortaleciendo, así que la empezó a acompañar por las mañanas para que poco a poco se fuera fortaleciendo.

María es la tercer y última hija de la familia, sus hermanos los dos varones siempre fueron buenos académicamente y ellos solo realizan deporte y actividad física de forma recreativa.

Ya en una cuarta entrevista inicia diciendo; "Vamos a hablar de mi papá," empieza diciendo que siempre hace lo que él quiere, que sea buena en la escuela, ella lo es, que sea buena en el deporte, ella lo intenta, pero que nunca llega a

satisfacer realmente las exigencias de su padre. Que siempre la crítica y nunca es suficiente lo que ella hace y que su madre realmente no la defiende, que ella se tiene que defender por ella misma, que, aunque tiene su entrenador, ella tiene que hacer modificaciones en sus entrenamientos por indicaciones de su padre, que no quiere que sea mala estudiante y mala deportista, su padre siempre le dice que tiene que ser la mejor. Refiere que siempre el tema de sus conversaciones es el entrenamiento, que no hablan de otra cosa, que ella trata de tener otro tipo de temas, pero su padre solo piensa en el deporte, le pregunto que, si su padre llegó a destacar en lo deportivo, no fue así, pero él le dice que "ella triunfará por él".

Ya en una quinta entrevista empieza: "mi papá ya me tiene harta", que le exige que ya se componga y que no le esté haciendo al cuento, que los doctores le dijeron a él que ella no tiene nada, que son solo ideas de ella y que no está ni lesionada ni enferma de nada. Ella refiere que se siente acorralada, que no sabe cómo estar bien ni cómo explicarle a su padre que el dolor no la deja ni entrenar ni competir. Que ni su madre ni sus hermanos la defienden, que ella sola tiene que enfrentar a su padre.

En una séptima entrevista refiere que ha cambiado de entrenador y de médico, tiene un diferente plan de entrenamiento, así como un nuevo tratamiento fisioterapéutico. En la relación con su padre, menciona que el nuevo entrenador habla mucho con él y le explica todo muy detalladamente y eso le sirve mucho a su padre para "entender lo que se está haciendo y como trabajan" el nuevo médico también tiene un nuevo enfoque, con cambios en los analgésicos, anti-inflamatorios, uso de inyecciones con cortico esteroides y microondas de electro terapia, y que todo esto ha tenido más tranquilo a su papá y que ya no le grita ni le exige tanto. Que este doctor y este entrenador "si lo convencen". También tuvo la oportunidad de estudiar por dos meses en el extranjero y se alejó de su padre, en el lugar donde obtuvo la beca ella continuó su preparación de entrenamiento y fisioterapia. Así es como empezó a disminuir y desaparecer el dolor que había estado presentando.

4.4.1 Estructura del conflicto

El núcleo del conflicto se articula en torno a la relación de María con su padre y el éxito deportivo.

En este caso, el cuerpo de María se ha convertido en el escenario entre el propio deseo y el deseo de su padre.

El tipo de síntoma es un dolor de conversión

El síntoma surge como un compromiso entre el deseo de independencia y el desobedecer y superar al padre.

4.4.2 Mecanismos Psíquicos Presentes en el Caso

Represión: hay presente hostilidad y frustración hacia el padre.

Conversión somática: se presenta un desplazamiento del conflicto psíquico al cuerpo.

4.4.3 Hipótesis del sentido del síntoma

El dolor como resistencia inconsciente: Cuando el deseo del padre se vuelve intolerable, el cuerpo impide la acción que él exige.

El dolor como sostén del vínculo: mientras el síntoma permanece, el padre continúa presente y atento, aun en su enojo.

Falla en la Simbolización: el dolor de María surge repentinamente y sin indicios previos de molestia. Esta aparición repentina de una gran cantidad de energía psíquica indica una perforación de la barrera anti estímulo, lo que genera un estado de sobrecarga energética, la cual no logra ser ligada psíquicamente, la rodilla como un órgano de locomoción, se presenta como el lugar simbólico que limita el avance hacia la meta deportiva, el cuerpo está hablando ahí donde la palabra no se puede hacer escuchar.

Activación Edípica y Culpa Inconsciente: es importante señalar que el inicio de los síntomas coincide con el paso al nivel profesional por sugerencia del padre. El padre señala y le recalca que "ella triunfará por él". Retomando lo desarrollado

en "los que fracasan cuando triunfan", el éxito (la victoria) se equipara inconscientemente con una "victoria prohibida" o la realización de un deseo infantil de superar al progenitor. María, al percibir que el logro no es de ella y para ella, sino para satisfacer las exigencias de la figura paterna, presenta una culpa inconsciente intolerable.

Dolor como Castigo Simbólico: El dolor en la rodilla es un síntoma somático que se presenta como una señal de autoboicot. La presencia del dolor tiene la función de ser un "castigo" o "compensación" simbólica por el éxito. Al no participar en la competición debido al dolor, María está cumpliendo inconscientemente con la necesidad de pagar la deuda impuesta por el Superyó por haberse atrevido a intentar conseguir el logro o haber cedido a la presión del padre.

4.4.4 Resolución

Se promovió la simbolización del conflicto psíquico expresado en el cuerpo, favoreciendo el reconocimiento de los afectos reprimidos de rabia, impotencia y culpa, buscando que María pudiera diferenciar el deseo propio del mandato paterno.

Es importante señalar que el alivio del dolor se produce cuando se altera la dinámica con el padre.

El cambio de entrenador y médico que son más convincentes para el padre genera que se presente una modificación en la intensidad de sus exigencias, pues ya no grita ni exige tanto, atenuando la presión externa.

El alejamiento físico y temporal por la estancia en el extranjero permite una separación crucial del Superyó exteriorizado. Esta ruptura con el mandato paterno es lo que posibilita la disminución y posterior desaparición del dolor, liberando temporalmente a María de la necesidad de auto-castigo somático.

III. Hipótesis y Supuestos de la Investigación

Hipótesis Centrales y Específicas

1. El Trastorno de Conversión como Mecanismo Estructurante del Dolor No-Biológico

La presente investigación postula como hipótesis central que el dolor idiopático o que no tiene causas biológicas opera bajo el mecanismo clínico del trastorno de conversión postulado por el psicoanálisis, donde la energía pulsional ligada a un conflicto psíquico, inaceptable para el Yo, como lo pueden ser la angustia ante el éxito, o el mandato superyoico o las expectativas del Otro, energía que es reprimida y desplazada hacia el cuerpo, transmutándose en una inervación somática, es de esta forma como el trastorno de conversión cumple la función de ser una solución de compromiso defensiva, oculta el conflicto inconsciente, pero lo expresa simbólicamente mediante un dolor físico, real y limitante. Es de esta forma como el cuerpo de deportistas que presentan este tipo de dolor deja de ser solo un organismo biomecánico, para de esta forma de manifestación, convertirse en el escenario donde se tramita y se escenifica la tensión psíquica la cual no se ha podido verbalizar ni tramitar mediante la simbolización.

2. El Dolor No-Biológico Como Manifestación de Conflictos Inconscientes

La presente investigación postula que el dolor que se percibe y experimenta a nivel biológico, pero que carece de un origen físico identificable en atletas, tiene raíces psicológicas y puede estar relacionado con conflictos subconscientes, deseos reprimidos y fallos en la capacidad de simbolizar. Este tipo de dolor se interpreta como la manifestación de un síntoma físico en el cuerpo.

2. Vivencia de Dolor y Fijación Somática

Se plantea la hipótesis de que la "experiencia del dolor" se incrusta en el aparato psíquico cuando una vivencia no es capaz de ser procesada simbólicamente, provocando una fijación o un retorno en el ámbito somático. Un

sufrimiento primario que no ha sido procesado puede resurgir como un dolor crónico y difuso en el presente.

3. Compulsión a la Repetición

Se argumenta en el presente trabajo que la compulsión a la repetición propuesta por Freud puede ofrecer una explicación sobre por qué algunos atletas enfrentan lesiones recurrentes o bloqueos psicológicos. Esta compulsión, funcionando más allá del principio del placer, obliga al individuo a revivir experiencias dolorosas o traumáticas que no pudieron ser adecuadamente simbolizadas.

4. Influencia del Narcisismo y la Imagen Corporal en el Sufrimiento Psíquico

Se establece la hipótesis de que el **narcisismo y la construcción de la identidad en el deportista** son determinantes en la manifestación del dolor no-biológico.

La inversión libidinal en la imagen del cuerpo puede generar sufrimiento psíquico ante la amenaza de una falla en el ideal del yo, lo que conduce a experiencias de inhibición, auto boicot o sintomatología psicosomática.

5. El esquema corporal y la imagen del cuerpo

Los elementos propuestos por Lacan son fundamentales en la construcción subjetiva del deportista y la relación con el semejante y la mirada del Otro pueden ser determinantes en la emergencia de fenómenos histéricos o hipocondríacos que afectan su desempeño.

6. El miedo al Éxito y el Auto-Sabotaje

La presente investigación plantea que fenómenos como la "Nikefobia" (miedo al éxito) o la tendencia de "los que fracasan al triunfar" evidencian un choque entre

el anhelo consciente y las restricciones inconscientes, lo cual produce síntomas que obstaculizan la realización óptima del rendimiento en el ámbito deportivo.

Un deportista que se encuentre dentro del grupo de "los que fracasan cuando triunfan" podría experimentar dolores corporales sin una causa orgánica identificable, lo que podría representar una manifestación de un conflicto psíquico inconsciente. Estas molestias o lesiones funcionarían como una especie de "castigo" o "compensación" simbólica por haber alcanzado el éxito, provocando un auto-sabotaje que limita su disfrute del triunfo o su capacidad de tener o mantener una trayectoria exitosa.

Aquí el dolor psicogénico puede desempeñar un papel como un obstáculo que impide el logro del éxito, en particular entre los deportistas que han internalizado la creencia de que alcanzar la victoria es inapropiado.

7. La somatización Como Mecanismo Defensivo

Se considera que la somatización, fenómeno en el que las tensiones psicológicas se manifiestan a través del cuerpo, representa uno de los mecanismos más significativos para entender el dolor físico que se presenta en ausencia de lesiones que presentan los deportistas.

8. El Goce y la Persistencia del Dolor

Desde una perspectiva lacaniana, se propone que el goce, concebido como una modalidad de satisfacción contradictoria donde el sufrimiento no actúa como un impedimento, sino que se presenta como una expresión de la satisfacción pulsional, contribuye a comprender por qué el dolor puede persistir. De acuerdo con Juan-David Nasio, se propone que el sufrimiento se queda registrado en el inconsciente como una impresión duradera que influye en la subjetividad del individuo, particularmente cuando se asocia con una experiencia traumática, dando lugar a una fijación que se manifiesta de manera inconsciente. El sufrimiento funciona como un lenguaje de conflictos no resueltos.

Supuestos Fundamentales

El Dolor Como Expresión Psíquica

Este estudio se fundamenta en la idea principal de que el dolor, en particularmente en deportistas, va más allá, trasciende la noción de ser solo una sensación o una señal biológica de lesión. Más bien, se entiende como **es una manifestación psíquica que se vincula con la constitución del individuo y su historia personal**. El presente estudio postula que el malestar psicológico puede encontrar manifestación en el cuerpo del deportista.

Limitaciones del Modelo Biomédico y Psiquiátrico.

La investigación sustenta que los enfoques exclusivamente biológicos y biomédicos no son suficientes para alcanzar la comprensión y el tratamiento del dolor crónico o idiopático en deportistas, sobre todo en casos donde no se identifica un origen orgánico con claridad. Se enfatiza que el dolor puede presentarse sin la presencia de daño físico, siendo este más bien una construcción psíquica influenciada por diversos factores tanto internos como externos.

Utilidad del Enfoque Psicoanalítico

Queda de manifiesto que la teoría psicoanalítica, con las contribuciones de Freud y Lacan, entre otros autores, ofrece un marco teórico legítimo y pertinente para la comprensión del dolor de origen psicológico en deportistas, proporcionando una visión profunda sobre los conflictos inconscientes que pueden afectar el rendimiento deportivo, así como la salud física y psicológica de los atletas.

IV. Objetivos

Objetivo General

Analizar el dolor no-biológico en deportistas desde una perspectiva psicoanalítica, reconociendo como es que la historia personal y los conflictos

inconscientes determinan la manifestación de dolor físico en el cuerpo del deportista.

Objetivos Específicos

Ampliar y profundizar en la comprensión del dolor en los deportistas desde una perspectiva psicoanalítica, más allá de los enfoques solamente biológicos, esto mediante la incorporación de conceptos freudianos, lacanianos, así como de estudios contemporáneos psicoanalíticos, para ofrecer una **comprensión integral del dolor de origen no biológico** en el ámbito deportivo y brindar una visión integral de cómo es que los conflictos inconscientes pueden incidir en el rendimiento y bienestar de los deportistas.

Aportar una fundamentación teórica para entender el dolor en el deporte, proponiendo un esquema conceptual fundamentado en el psicoanálisis que pueda ser utilizado en el contexto clínico, deportivo y educativo.

V. Metodología

La presente investigación es de carácter **teórico-conceptual, cualitativa y documental**, fundamentada en una perspectiva psicoanalítica.

Establecer esta metodología como el diseño más adecuado para el desarrollo de esta investigación es por las siguientes razones fundamentales:

La naturaleza del fenómeno

La investigación se centra en el dolor no biológico, entendido como una manifestación psíquica cuyo origen se encuentra en la historia personal y estructura del sujeto, para lo cual se requiere un enfoque como el que ofrece la teoría psicoanalítica que permite la interpretación de los significados profundos y la subjetividad presentes en el síntoma físico.

Profundización, integración y articulación

El dolor no biológico requiere de la utilización de conceptos fundamentales del psicoanálisis de diversas épocas y autores como Freud, Lacan, Nasio y Deutsch, pues de esta forma se vinculan teorías clásicas el trastorno de conversión con elementos más contemporáneos y del ámbito del deporte, lo cual permite construir un marco conceptual sólido el cual pueda ser empleado posteriormente en contextos clínicos y deportivos.

Confrontación entre posturas

El diseño teórico-conceptual-documental también permite realizar un análisis interpretativo diferente de la perspectiva biomédica, confrontando la lógica biomédica, basada en la evidencia orgánica, con la lógica del psicoanálisis que está basada en la verdad del sujeto, es de esta manera que se establece un diálogo entre estas dos visiones y se establece un abordaje integral.

Énfasis en la Dimensión Subjetiva del Dolor

La investigación enfatiza que el dolor puede no solo ser interpretado como una experiencia sensorial, sino también como una expresión psíquica, relacionada con la estructura del individuo y su historia personal, la presente, destaca como fundamental el análisis en de "la estructura del sujeto, su historia de vida y la influencia del Otro en su constitución psíquica". Esto necesariamente requiere de un enfoque metodológico que considere la complejidad de la subjetividad, tal como lo propone el psicoanálisis.

Conceptos Centrales que Sostienen el Análisis

Al sostener el análisis de la investigación desde el marco psicoanalítico, en la presente se utilizan los siguientes conceptos centrales:

El trastorno de conversión es el mecanismo fundamental en donde un conflicto psíquico inconsciente se transforma y se expresa como un síntoma físico, en el caso de deportistas que presentan un tipo de dolor que no está directamente relacionado con lesiones, su cuerpo está "hablando" mediante un dolor que no

puede ser expresado en un primer momento a través de palabras, funciona como la metáfora de un sufrimiento anímico.

Otro concepto fundamental es la compulsión a la repetición, que surge del concepto freudiano que explica la tendencia a revivir experiencias traumáticas no simbolizadas, en el caso de deportistas con este tipo de dolor, cuando presentan lesiones recurrentes o bloqueos psicológicos ante la competencia, esto como un intento inconsciente de procesar experiencias traumáticas.

Jerarquización de los conceptos centrales

Para comprender cómo se articula la investigación, los conceptos pueden organizarse de forma jerárquica, desde lo estructural hasta la manifestación clínica específica:

1. Nivel Estructural: La Constitución del Sujeto

Como base se encuentran la teoría psicoanalítica y las experiencias que son fundantes del psiquismo; las vivencias de satisfacción y la vivencia de dolor.

También a nivel estructural, participan los conceptos de narcicismo y la formación de la imagen corporal, tomando el concepto de Lacan a través del estadio del espejo que define como el sujeto se relaciona con su propio cuerpo y con el Otro.

2. nivel dinámico. Mecanismos de defensa y Economía Psíquica.

Este nivel explica cómo es que el aparato psíquico gestiona la energía y los conflictos. Esto incluye el concepto de represión, donde se lleva a cabo el proceso de excluir de la consciencia los deseos intolerables.

También a este nivel se encuentra el concepto de conversión, donde el conflicto psíquico hace el traslado hacia lo somático.

En este nivel se encuentra también el concepto de compulsión a la repetición, donde se repite el síntoma de dolor como un intento fallido de elaboración.

Por ultimo en este nivel tenemos al goce, como una satisfacción paradójica en la que se presenta en el dolor o sufrimiento.

3. Nivel fenomenológico. Sus manifestaciones en el deporte.

A nivel más visible y específico del análisis clínico podemos observar que se presenta el dolor no biológico, donde el síntoma principal de dolor es el que motiva el análisis del fenómeno.

Se presenta una somatización como castigo, donde el dolor funciona como una forma de aliviar una culpa inconsciente.

En este nivel también podemos encontrar los conceptos de Nike fobia y auto sabotaje, donde hay un miedo o prohibición de obtener el éxito deportivo.

Este análisis jerárquico de los elementos de la investigación demuestra que este tipo de dolor del deportista no explicado biomédicamente No es un accidente o algo sin explicación, sino más bien es el resultado de una estructura subjetiva, marcada por la historia personal y conflictos inconscientes del sujeto.

Problemática Clínica

La investigación busca trascender la visión puramente biológica para ofrecer una **comprensión integral postulando la importancia de abordar al fenómeno de dolor no biológico desde una perspectiva psicoanalítica**, comprendiendo que la historia personal y los conflictos internos de algunos deportistas con este tipo de dolor, determinan su sufrimiento corporal.

Se propone que el tratamiento y estudio de los deportistas no debe limitarse a la kinesiología o la medicina deportiva tradicional, sino que debe integrar un enfoque psicodinámico para tratar aquello que el cuerpo grita porque la boca no puede pronunciar: el conflicto entre el deseo, el ideal y la realidad del éxito.

Contexto Clínico

La presente investigación se sitúa en una clínica psicoanalítica e interdisciplinaria, donde se encontrarían implicados e involucra la participación de psicólogos, médicos y entrenadores para de esta manera, tener un abordaje integral del síntoma.

Finalidad Clínica

La presente investigación se realiza con la finalidad **de interpretar el sentido del síntoma** en lugar de ignorarlo, evitarlo o suprimirlo, se busca ayudar al deportista a dar tratamiento y así resolverlos conflictos inconscientes que son la causa profunda, real y profunda de su dolor, para así recuperar su bienestar y rendimiento.

Metodología de la construcción de caso

En relación al caso que se hace referencia en la presente investigación, se utiliza como metodología la construcción de caso de la psicología clínica psicoanalítica, considerando los elementos de motivo de la consulta vs la demanda, la posición subjetiva, de la persona del caso, la estructura clínica, los momentos del proceso metodológico, recolección de hitos clínicos, así como la localización del síntoma, y por último considerando el fenómeno de la transferencia.

VI. Resultados y Discusión

Esta investigación propone examinar el dolor no-biológico en deportistas desde un enfoque psicoanalítico, lo que implica un alejamiento de los enfoques biomédicos convencionales, para adentrarse en una compleja red de significados inconscientes que se encuentran en la base de la aparición de dolor no-biológico en el cuerpo del deportista. Al considerar que el dolor no se limita a ser solo una experiencia sensorial, sino que representa una manifestación psíquica profundamente ligada a la estructura del sujeto y su historia personal, esta tesis

brinda una comprensión integral y diferente que trasciende las causas biológicas identificables.

El Trastorno de Conversión Como Eje Articulador del Fenómeno

El trastorno de conversión es el elemento articulador que explica esos casos donde no hay evidencia física biológica de lesión, pero está presente la experiencia auténtica de dolor en deportistas. Como resultado del análisis de lo desarrollado en la presente investigación, partir de los postulados teóricos, se puede proponer que el síntoma conversivo no constituye en ningún momento una simulación o una invención, sino que es un genuino desplazamiento de la angustia psíquica hacia el plano somático, que está cumpliendo una función económica y defensiva. A través del trastorno de conversión se puede demostrar que el dolor de origen no biológico adquiere un sentido lógico como una “formación de compromiso”, que protege al Yo del deportista frente a demandas afectivas intolerables, como lo pueden ser presiones deportivas externas o el conflicto edípico reactivado ante la posibilidad del éxito, lo cual confirma que el cuerpo, al estar marcado por el lenguaje y la historia del sujeto, utiliza la vía de la conversión para comunicar de forma cifrada aquello que es irrepresentable para la consciencia.

Diálogo Crítico entre Psicoanálisis, Medicina y Psiquiatría

La medicina presenta una visión del cuerpo que opera desde el modelo cartesiano/ organicista, que trata al cuerpo como un organismo biológico donde el dolor se explica por una causa física medible a través de garantizar la por presencia de daño tisular o químico.

Este enfoque tiene la necesidad de encontrar una base química, o anátomo patológica, es decir un fundamento orgánico que pueda ser medido y observado de forma objetiva para así validar cualquier padecimiento.

Este enfoque también concibe al dolor estrictamente como una señal fisiológica de alerta que indica una lesión real o potencial en los tejidos.

Es fundamental observar que la perspectiva biomédica excluye la subjetividad, es decir, si estudios diagnósticos no evidencian daños identificables, el síntoma del dolor suele ser desestimado o considerado inexistente por falta de

objetividad. Lo cual deja en desamparo a deportistas que presentan dolores idiopáticos o recurrentes que no encajan con la idea biológica tradicional.

Por su parte la psiquiatría moderna reconoce que el dolor puede tener una dimensión emocional o psíquica, pero su abordaje principal continúa enfocándose en categorizar al dolor sin causa orgánica identificable como “trastorno de síntomas somáticos”. Su objetivo busca clasificar, estandarizar y suprimir el síntoma mediante intervenciones que pasan por la prescripción de medicamentos o mediante intervenciones que buscan un cambio conductual.

La psiquiatría que tiene un enfoque taxonómico utiliza el DSM-5- TR y el CIE-11 para categorizar el dolor no biológico dentro de cuadros como el “trastorno de síntomas somáticos” o el “trastorno de conversión”, reconoce la autenticidad en el dolor del deportista, pero no la justifica por una condición médica. Su objetivo principal es la supresión del síntoma de dolor, a través de fármacos o protocolos estandarizados.

Esta perspectiva se centra en “qué” siente el paciente, en este caso un deportista, para etiquetarlo omitiendo el “por qué” o “para qué” del síntoma de dolor, ignorando las funciones defensivas psíquicas.

Estas dos perspectivas ven al síntoma de dolor de origen no orgánico como una falla en el sistema o como una respuesta desadaptativa al estrés, que interfiere con la funcionalidad y desempeño del deportista.

Por su parte el psicoanálisis se aboca a abordar y entender la verdad del sujeto, entendiendo al cuerpo como un escenario simbólico distinguiendo entre el “organismo” que es el componente biológico y el “cuerpo”, que es la parte erógena y simbólica, entendiendo que el cuerpo del deportista es un escenario donde se despliegan conflictos inconscientes.

Para el psicoanálisis el dolor no biológico no es un error de funcionamiento. Sino que es la manifestación del fenómeno de conversión, donde el cuerpo se convierte en un escenario donde se dramatiza una tensión entre el deseo y la ley, donde funciona como un mensaje cifrado que no ha podido elaborarse en palabras.

Desde el psicoanálisis conceptos como lo desarrollado por Freud en “los que fracasan cuando triunfan” muestran que el éxito, en este caso deportivo, pueden generar una culpa inconsciente vinculada al complejo de Edipo. Así, el dolor físico surge como un auto castigo simbólico por alcanzar un logro inconscientemente prohibido, lo cual permite al sujeto retirarse o fallar sin admitir un miedo que tiene su origen en lo emocional.

La perspectiva psicoanalítica enriquece el estudio de dolor no orgánico o definido por el modelo biomédico porque a diferencia del organismo visto por la medicina o la psiquiatría, el cuerpo visto por el psicoanálisis está marcado por la imagen y el lenguaje. Conceptos como el Goce lacaniano y la compulsión a la repetición sugieren que existe una satisfacción paradójica en el sufrimiento, lo cual explica que el dolor persiste debido a que el sujeto encuentra en él una satisfacción pulsional que se resiste a tratamientos médicos y psiquiátricos convencionales

Aportación de la Teoría Psicoanalítica al Estudio del Fenómeno de Dolor no Biológico.

El psicoanálisis al permitir entender el síntoma, fruto del trastorno de conversión, como una metáfora corporal, abre la posibilidad de que el sujeto no solo suprima el dolor, sino que lo resuelva, esto a través de la palabra, tramitando los conflictos profundos que le dieron origen.

Diferencia de la investigación de la Clínica del Dolor la Psicología General y el Concepto de Salud Intercultural

La presente investigación se diferencia de otros enfoques desplazando la observación de factores externos, biológicos o conductuales, para centrarse en el enfoque del psicoanálisis que se enfoca en la verdad del sujeto y su estructura inconsciente.

A continuación, se detallan diferencias fundamentales.

Diferencia con la Clínica del Dolor (Modelo Biomédico)

Origen del dolor: Mientras que el modelo biomédico busca una base orgánica, física o química que pueda ser medida objetivamente, por su parte, la presente investigación propone al cuerpo como un escenario de conflictos inconscientes, donde el dolor funciona como un mensaje cifrado o metáfora

Validación del síntoma: Desde el modelo biomédico del concepto de dolor, sino se encuentra presente, hay evidencia de lesión tisular, el dolor suele ser desestimado o considerado inexistente, en cambio, el enfoque psicoanalítico sostiene que el dolor es una experiencia subjetiva real, donde el cuerpo “habla” lo que no se ha simbolizado mediante la palabra

Cuerpo Orgánico vs. Simbólico: La perspectiva biomédica trata al organismo, mientras que esta investigación aborda el “cuerpo simbólico” marcado por el lenguaje y los procesos de conversión.

Finalidad: El objetivo médico es suprimir el síntoma, mediante analgésicos o cirugía, por su parte la presente investigación a través de la teoría psicoanalítica busca interpretar su sentido para resolver la causa psíquica profunda.

Diferencia con la psicología general y deportiva tradicional.

Gestión vs. Interpretación: Mientras la psicología general y deportiva tradicional utilizan técnicas de relajación, resiliencia o gestión del estrés para controlar o ignorar el síntoma, y buscar que el deportista solo este apto para la actuación deportiva, la presente investigación interpreta su función defensiva, entiende como mediante la resolución del conflicto es como el síntoma se desvanecerá.

Dimensión del inconsciente: A diferencia del enfoque conductual, la investigación a partir de la teoría psicoanalítica, introduce conceptos como la compulsión a la repetición, que explica lesiones recurrentes, y la Nikefobia, que se manifiesta como un autosabotaje, que es un castigo simbólico que impide y castiga de forma inconsciente el éxito.

Economía libidinal: La investigación, a través de la teoría psicoanalítica, analiza la historia personal, la inversión libidinal en la imagen corporal, que es el narcisismo, y la influencia de la mirada del Otro en la identidad del deportista.

Diferencia con el concepto de salud intercultural

Escala de análisis: la salud intercultural investiga cómo es que la cultura y los sistemas de creencias colectivos forman la percepción del dolor. La presente investigación sí reconoce la influencia del entorno, pero da prioridad a la dimensión subjetiva y singular del dolor.

Simbología individual: El enfoque intercultural analiza los símbolos colectivos, mientras tanto, la presente investigación identifica y se centra en el simbolismo privado y la metáfora corporal, de cada deportista donde el dolor físico sustituye a un dolor psíquico específico de su historia de vida, única y particular.

El Dolor No-Biológico como Manifestación Inconsciente

Históricamente, el dolor experimentado por deportistas ha sido relacionado a lesiones, sobrecargas musculares o procesos inflamatorios, siendo analizado únicamente desde un enfoque biológico. En contraposición, esta investigación argumenta que el dolor no-biológico puede vincularse con conflictos inconscientes, deseos reprimidos y fallas en la simbolización. Desde la perspectiva freudiana, la de vivencia de dolor (Freud, 1895/1973) es constitutiva del psiquismo y se inscribe

cuando una experiencia no logra simbolizarse adecuadamente, lo que puede resultar en una fijación o un retorno en lo somático. Desde este enfoque, el dolor físico en el deportista sin un origen biológico, puede ser la expresión de un sufrimiento primario que no ha sido elaborado, manifestándose y retornando en el presente bajo la forma de un dolor crónico y difuso.

De igual forma, el concepto de compulsión a la repetición (Freud, 1920/2008) es fundamental para comprender por qué algunos deportistas experimentan dolor, lesiones recurrentes o bloqueos psicológicos en contextos de competencia competitivos. Esta compulsión actúa como propone Freud, en ‘más allá del principio del placer’, obligando al sujeto a revivir experiencias dolorosas o traumáticas que no pudieron ser simbolizadas o ligadas psíquicamente las cuales se manifiestan de forma repetitiva. Juan-David Nasio, desde un enfoque lacaniano, explora esta idea, introduciendo la idea de que el dolor se inscribe en el inconsciente como una marca indeleble, y que cuando este se liga a una experiencia traumática, da lugar a una fijación que el sujeto repite de manera inconsciente.

Narcisismo, Imagen Corporal y la Influencia del Otro

La construcción de la identidad del deportista está intrínsecamente ligada al concepto de narcisismo (Freud, 1914/1979). La inversión libidinal en la imagen del cuerpo puede generar sufrimiento psíquico ante la amenaza de una falla en el ideal del yo, llevando a inhibición, autoboicot o sintomatología psicosomática. La investigación enfatiza la relevancia del esquema corporal e imagen del cuerpo (Lacan, 1973/2008), que son elementos fundamentales en la construcción subjetiva del sujeto y así del deportista. Lacan explica que el yo se forma a partir de una identificación con la imagen especular, que, aunque unificada, es alienante al basarse en un otro externo. La forma en que el deportista percibe su cuerpo influye en la autoestima y la identidad personal, y las alteraciones en esta imagen pueden asociarse a trastornos como la dismorfia corporal o la anorexia nerviosa.

Además, la relación con el Otro o semejante es determinante en la emergencia de fenómenos histéricos o hipocondríacos que afectan el desempeño deportivo. El semejante no es solo un modelo ideal que el sujeto busca alcanzar, sino también un rival que amenaza su unicidad. Esta dinámica ambivalente, arraigada en procesos como la identificación y el complejo de Edipo, puede generar conflictos inconscientes que se proyectan en el cuerpo.

El Miedo al Éxito y "Los que Fracasan Cuando Triunfan"

El texto los que fracasan cuando triunfan establece una conexión clara entre el fenómeno de "fracasar cuando se triunfa" y las manifestaciones físicas. Una de los "señales del auto-boicot" son "Algunos síntomas somáticos".

En el contexto de deportistas, esto implicaría que, si un atleta cayera dentro de esta categoría de "los que fracasan cuando triunfan", podría experimentar dolores físicos sin una causa orgánica detectable como una manifestación de su conflicto psíquico inconsciente. Por ejemplo, si un deportista alcanza un logro muy deseado (una medalla, un campeonato), pero inconscientemente lo equipara con una "victoria prohibida" (como una victoria edípica), su sentimiento de culpa podría manifestarse a través del cuerpo. Los dolores, lesiones o molestias inexplicables servirían entonces como una forma de "castigo" o "pago" simbólico por el éxito. El cuerpo se convertiría en el medio a través del cual el individuo se auto-sabotea, impidiéndose disfrutar plenamente del triunfo o incluso continuar en la senda del éxito, lo que los llevaría a "hacer añicos tales logros".

Relación con Dolores Físicos sin Aparente Causa Orgánica en Deportistas

El concepto de "síntomas somáticos" como señal de auto-boicot es directamente aplicable. En el contexto de un deportista, si este pertenece al tipo de carácter descrito por Freud, el logro de un gran éxito (como ganar un campeonato, romper un récord o alcanzar una cima en su carrera) podría desencadenar la dinámica de "fracaso por el triunfo".

Los dolores físicos persistentes, las lesiones inexplicables o las molestias crónicas que carecen de una causa orgánica discernible en un atleta podrían ser una manifestación somática de su conflicto inconsciente. Si el éxito deportivo es inconscientemente equiparado con una "victoria prohibida" –quizás una victoria edípica sobre una figura paterna, o una reafirmación de ese vínculo "exclusivo" con la madre que genera culpa–, entonces el cuerpo se convierte en el escenario donde se "paga" por este triunfo. La "necesidad de pagar" o la "castración simbólica" se expresarían a través del impedimento físico.

El deportista, en lugar de disfrutar la gloria, podría empezar a sentir ansiedad y desorganización, lo que en su ámbito se traduciría en un bajo rendimiento o, crucialmente, en una vulnerabilidad a problemas físicos sin una base clara. Estos dolores y lesiones, al no tener una explicación médica tradicional, actúan como un auto-sabotaje inconsciente, impidiendo al atleta continuar con su éxito, disfrutarlo plenamente o incluso retirándolo del ámbito deportivo

Un aspecto central de esta investigación es la exploración de fenómenos como la "Nikefobia" (miedo al éxito) y "Los que fracasan cuando triunfan", que reflejan un conflicto entre el deseo consciente y una prohibición inconsciente, generando síntomas que dificultan la consolidación del rendimiento deportivo. Freud (1916) observó que, al alcanzar un éxito significativo, algunas personas experimentan un sentimiento de culpa inconsciente, originado en conflictos internos no resueltos, como el deseo de superar a figuras parentales.

Este sentimiento de culpa, mediado por el superyó, puede llevar a comportamientos de autoboicot, donde el deportista realiza, de manera inconsciente, acciones que le impiden alcanzar los logros deseados. El dolor psicogénico puede actuar como una barrera para evitar el éxito, especialmente en atletas que internalizaron la idea de que triunfar es indebido. Es crucial diferenciar el miedo al éxito del miedo al fracaso; mientras el segundo paraliza la acción por temor a cometer errores, el primero lleva al autosabotaje justo cuando el logro está a punto de concretarse.

Limitación de los Enfoques Medico y Psiquiátrico Frente al Dolor por Conversión

Para el desarrollo de la investigación, es necesario describir las limitaciones de los enfoques tradicionales al tratar de entender, explicar y resolver la experiencia del dolor, en particular cuando no existe una base biológica evidente. Es por eso que La investigación se aboca a confrontar la lógica de la evidencia orgánica con la lógica de la verdad del sujeto.

La perspectiva medica confrontada con el psicoanálisis muestra cómo es que la medicina busca una causa orgánica externa o química, por su parte el psicoanálisis busca una causa psíquica ligada a la historia personal, entendiendo que el dolor es una experiencia multidimensional que abarca lo sensorial, lo emocional y lo simbólico.

Enfoque Médico (Biomédico / Organicista)

Este modelo parte de un paradigma organicista y mecanicista, como parte de la herencia del dualismo cartesiano del siglo XVII, que postula la separación mente cuerpo.

Principales limitaciones teóricas

Enfoque Anatomopatológico: Localiza el dolor únicamente en el ámbito físico, si no se encuentra evidencia de daño en los tejidos o evidencia clara en estudios de imagen, como resonancias magnéticas o tomografías, el dolor es generalmente descartado, sub diagnosticado o minimizado por falta de una supuesta objetividad diagnóstica.

Insuficiencia ante lo Idiopático: El enfoque biomédico no es certero al explicar casos de dolor intenso sin lesiones visibles o, por el contrario, lesiones consideradas severas las cuales son percibidas por los individuos con una percepción mínima de dolor.

Centrado en el Síntoma: En general desde esta perspectiva, los tratamientos se centran casi de forma exclusiva en la eliminación del síntoma físico, esto mediante fármacos o cirugía, sin tomar en cuenta que el dolor puede ser una construcción psíquica influenciada por la historia personal del sujeto.

Este abordaje tiende a tener un impacto negativo en el deportista, debido a que genera la asistencia con varios doctores y especialistas, donde se recibe tratamientos iatrogénicos, como cirugías o fármacos innecesarios, que no resuelven la causa raíz. Lo cual tiende a aumentar la frustración del deportista al no encontrar una explicación válida para su padecimiento real, lo cual afecta su confianza y bienestar en general.

Enfoque Psiquiátrico

Esta perspectiva, aunque integra dimensiones emocionales, su principal limitación para explicar el fenómeno del dolor es que en su práctica prioriza la clasificación y la descripción sobre la comprensión de la problemática.

Principales limitaciones teóricas

Clasificaciones Estáticas: Su perspectiva depende principalmente de lo expresado en los manuales como el DSM-5 TR o el CIE-11, generando categorías del dolor con etiquetas como “trastorno de síntomas somáticos”. Lo cual centra el tratamiento en base a la etiqueta diagnóstica más que en la tramitación del conflicto subyacente.

Comorbilidad que Enmascara: es frecuente que la psiquiatría asocie a la depresión y la ansiedad como la causa principal del dolor no biológico, dejando de lado los componentes de un síntoma de conversión más complejo.

Frustración Clínica: estos cuadros de dolor suelen generar elevadas demandas de servicios y estudios innecesarios, lo cual resulta en un agotamiento y frustración del profesional de salud como del deportista. Pues suele ocurrir un desplazamiento, es decir, la aparición de nuevos síntomas o de lesiones recurrentes.

Enfoque Psicoanalítico.

A diferencia del enfoque biomédico y psiquiátrico, el psicoanálisis es la perspectiva que busca dotar de sentido al dolor, propiciando y permitiendo que el sujeto traduzca el síntoma físico en palabras, sin embargo, la perspectiva psicoanalítica presenta desafíos propios de la naturaleza del inconsciente.

Principales limitaciones teóricas

Resistencia a la Simbolización: El dolor a menudo tiende a resistirse a convertirse en lenguaje, es decir, si el sujeto no logra convertir, articular la percepción sensorial en una representación simbólica, a través de la palabra, el análisis podría estancarse en una repetición sintomática.

Fijación y Goce: Puede ocurrir que dolores crónicos puedan persistir como una forma de satisfacción pulsional inconsciente, goce, o estar ligado a la pulsión de muerte, lo cual actuaría como una barrera contra la cura.

Ganancia Secundaria: la persona que presenta este tipo de dolor no biológico, podría estar obteniendo beneficios inconscientes de su estado, como atención, cuidados, evasión de responsabilidades, lo cual podría estar favoreciendo el comportamiento sintomático.

Implicaciones y Contribuciones

La perspectiva psicoanalítica, al centrarse en el inconsciente, los mecanismos de defensa y los conflictos intrapsíquicos, permite explorar las raíces profundas del dolor de origen psicológico en los deportistas. Conceptos como la somatización, donde los conflictos psicológicos se expresan a través del cuerpo, son elementos clave y fundamentales para comprender el dolor físico en ausencia de lesión. Reforzando estos conceptos, el goce, entendido por Lacan como una forma de satisfacción paradójica donde el sufrimiento no es un obstáculo sino una manifestación de la satisfacción pulsional, permite comprender por qué se presenta la persistencia del dolor no-biológico.

Relevancia de la Investigación

Este estudio es relevante tanto a nivel teórico como práctico, debido a que amplía la comprensión del dolor en los deportistas más allá de las perspectivas meramente biológicas, integrando pensamientos freudianos y lacanianos para brindar visión integral de los conflictos inconscientes que afectan el rendimiento y bienestar de los atletas. En el campo clínico, contribuye al desarrollo de tratamientos terapéuticos más eficientes, favoreciendo la identificación de síntomas psicosomáticos, permitiendo intervenciones abordan lo corporal, pero considerando los factores emocionales y simbólicos del dolor en el medio deportivo.

Desde una perspectiva social, la presente investigación el estudio busca desmitificar creencias erróneas sobre la fortaleza y resistencia mental en el deporte, promoviendo una visión más realista de los deportistas, fomentando un entorno más comprensivo y favorable para su bienestar integral. Finalmente, este estudio pretende proporcionar herramientas tanto teóricas como prácticas para entender y tratar el dolor biológico, pero de origen psíquico en el deporte, esto desde un marco conceptual con fundamento en el psicoanálisis para poder ser aplicado en el ámbito clínico, educativo y deportivo.

VII. Discusión y Conclusiones

Reconocimiento del Mecanismo de Conversión en Deportistas

La investigación pone de relieve la importancia que tiene el reconocimiento del trastorno de conversión como fundamental y aunque ya es un tema clásico en el psicoanálisis, innovador para el abordaje del dolor de origen no biológico o no explicable por causas orgánicas que presentan algunos deportistas. Al identificar este tipo de dolor no como una falla biomecánica inexplicable, sino como un síntoma conversivo, el psicoanálisis logra trascender el mero modelo biomédico y psiquiátrico tradicionales, validando el sufrimiento del deportista como una entidad clínica real, donde el conflicto, que carece de una primera representación verbal, se

inscribe sobre la carne. La investigación también pone énfasis en proponer intervenciones clínicas que no se limiten a acallar los síntomas mediante medicación, sino que se integre la escucha analítica que propone el psicoanálisis, la cual está orientada a descifrar el mensaje somático presente en la conversión, de esta forma permitiendo que el deportista traduzca su dolor físico mediante la palabra, desarticulando los mecanismos defensivos para así, poder recuperar su integridad psíquica, como también su autonomía frente al mandato limitante del auto sabotaje.

Contribución Inédita y Real

La contribución más original del presente trabajo permite integrar la aplicación del psicoanálisis clásico y contemporáneo en un campo poco explorado, como lo es el ámbito deportivo.

Relevancia del Marco Teórico Psicoanalítico

Se concluye también que es relevante y pertinente la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan, así como de otros autores psicoanalíticos para una comprensión profunda del dolor no-biológico en el deporte

A partir de lo aportado por Freud, se destaca cómo la "vivencia de dolor" se inscribe en el aparato psíquico cuando una experiencia no logra ser tramitada simbólicamente, generando fijación o un retorno en lo somático. La "compulsión a la repetición" es clave para entender los dolores, lesiones recurrentes o bloqueos psicológicos, como un intento inconsciente de elaborar experiencias traumáticas. El narcisismo, al implicar una inversión libidinal en la imagen del cuerpo, puede conducir a sufrimiento psíquico (inhibición, auto boicot, somatización) ante la amenaza de una falla en el ideal del yo

Desde Lacan, conceptos como el "esquema corporal" y la "imagen del cuerpo" son fundamentales para la construcción subjetiva del deportista, influenciada por la relación con el semejante y la mirada del Otro. Fenómenos como la "Nikefobia" (miedo al éxito) y el síndrome de "Los que fracasan cuando triunfan"

reflejan conflictos inconscientes entre el deseo y la prohibición, que se manifiestan en síntomas que obstaculizan el rendimiento deportivo. Juan-David Nasio refuerza esta perspectiva al diferenciar entre dolor orgánico, subjetivado y psíquico, y al enfatizar la inscripción del dolor en el inconsciente y su función como lenguaje de conflictos no resueltos.

Reconceptualización del Dolor en Deportistas

Esta investigación con perspectiva psicoanalítica, postula que el sufrimiento psíquico puede encontrar su expresión en el cuerpo del deportista. De acuerdo con lo desarrollado, se llega a la conclusión de que el dolor en deportistas, particularmente aquel que tiene un origen no-biológico o psicógeno, no debe ser abordado exclusivamente desde un enfoque biomédico. En cambio, se plantea que se trata es una manifestación psíquica compleja que tiene sus raíces en la historia personal del sujeto, sus conflictos inconscientes, deseos reprimidos y fallas en la simbolización.

La investigación propone entender al cuerpo del atleta con este tipo de dolor como un cuerpo marcado por el lenguaje y la mirada del otro, como elementos determinantes en la aparición de fenómenos histéricos o hipocondriacos.

Limitaciones del Modelo Biomédico

Queda de manifiesto que el modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en la etiología física y el tratamiento farmacológico o quirúrgico, resulta insuficiente para abordar el dolor crónico o idiopático. La definición de la IASP (International Association for the Study of Pain) y la teoría de la neuromatriz de Melzack respaldan esta conclusión al reconocer el dolor como una experiencia multidimensional (sensorial, emocional, cognitiva, social) y una construcción cerebral que no requiere daño físico para ser real. En este sentido la psiquiatría, aporta una ampliación en la comprensión del dolor como una vivencia subjetiva con profundas implicaciones en la salud mental, introduciendo el concepto de "dolor psíquico", por su parte el psicoanálisis propone su estudio analizando los conflictos

inconscientes que subyacen en la historia de vida y las implicaciones psicodinámicas.

Integración de Hallazgos

El estudio integra a la teoría psicoanalítica con hallazgos de investigaciones contemporáneas sobre la relación entre psicología y rendimiento deportivo; estrés, presión, ansiedad, narcisismo y resiliencia, lo que permite una comprensión más profunda de los síntomas somáticos, su conexión con la estructura psíquica del sujeto y su aplicación en otras áreas del quehacer psicológico.

Implicaciones Clínicas, Terapéuticas y Aportes al Campo de la Psicología Clínica y Aplicada

Con lo expuesto en este trabajo de tesis, como contribución, se propone que las estrategias de tratamiento del dolor, específicamente en el caso de deportistas con dolor no atribuible a causas orgánicas, para que estas sean más efectivas e integrales, es fundamental que se realicen incorporando elementos que trasciendan solo lo somático y biomédico, esto incorporando elementos emocionales y simbólicos relacionados al dolor.

Entendiendo al síntoma como un mensaje la investigación se propone interpretar el dolor no como un error biológico, sino más bien como un mensaje cifrado o una metáfora, re conceptualizando al síntoma, planteando que el cuerpo del atleta habla a través del dolor, pues su origen son conflictos inconscientes los cuales no pueden ser expresados mediante la palabra. Así se presenta el mecanismo de conversión, donde el dolor es un sustituto de un sufrimiento psíquico, donde la energía afectiva no tramitada simbólicamente se descarga en una inervación somática.

Desarrollar estrategias terapéuticas integrales

La investigación también ofrece la posibilidad de que los psicólogos clínicos consideren las dimensiones simbólicas y emocionales del abordaje de algunos tipos

de dolor, permitiendo incidir en una resolución profunda de conflictos que son los que realmente están limitando la recuperación y la mejora del rendimiento, en vez de solo suprimir síntomas físicos. Esto implica la necesidad de identificar síntomas psicosomáticos e implementar intervenciones interdisciplinarias que integren psicoterapia, en particular psicoanalítica y tratamientos medico farmacológicos ambos adaptados al contexto deportivo. Ya que aporta desde la perspectiva psicoanalítica una fundamentación teórica que entiende al cuerpo como un escenario de inscripción simbólica, donde el síntoma de conversión está expresando lo que el sujeto no puede verbalizar.

Valor Académico y Científico

Cambio de paradigma. La presente desafía el modelo biomédico, propone un diálogo con la lógica de la verdad del sujeto, lo cual, si aborda el psicoanálisis integrando las dimensiones simbólicas y emocionales del dolor, permitiendo identificar síntomas psicosomáticos que la perspectiva biomédica suele ignorar o subestimar.

Valor para el deporte en general

Prevención de lesiones. Al introducir el concepto de compulsión a la repetición, se puede entender cómo es que ciertos deportistas sufren lesiones frecuentes sin una clara causa física, lo cual permite una intervención de forma preventiva desde el aspecto mental.

En el campo del deporte la presente investigación propone un enfoque diferente, brindando conceptualmente una propuesta donde entrenadores, y médicos puedan comprender que lesiones recurrentes y bloqueos en el rendimiento pueden deberse a manifestaciones psíquicas. Se propone que el tratamiento del dolor de origen psicógeno en deportistas demanda un abordaje interdisciplinario que debería incluir a psicólogos clínicos, psicólogos deportivos, médicos y entrenadores.

Las intervenciones basadas en el psicoanálisis pueden apoyar a los atletas a identificar y resolver los conflictos inconscientes que subyacen a su dolor.

Optimización del bienestar y el rendimiento. Resolviendo causas psíquicas del dolor, el deportista estará en condiciones no solo recuperar funcionalidad física, sino que, además, puede mejorar la percepción que tiene de la competición, así como mejorar su identidad como deportista. En la intervención al ya estar presente una lesión que no tiene causas orgánicas identificables, permite una intervención profunda, la cual quizá no presente una recuperación pronta o rápida, pero que tendrá efectos preventivos.

Abordaje de los Auto Sabotajes Inconscientes

La presente, permite comprender a médicos y entrenadores que los auto sabotajes pueden no ser originados por fallos físicos, sino deberse a manifestaciones psíquicas que se presentan como un conflicto entre el deseo consciente y la prohibición inconsciente.

Aporte de la Investigación al Estudio del Dolor no Orgánico en Deportistas

La investigación aporta una comprensión profunda y diferente del dolor no orgánico en deportistas desplazando colocar el foco en el daño biológico hacia una dimensión subjetiva, siendo síntoma físico una manifestación de conflictos inconscientes no simbolizados. Al integrar conceptos desarrollados por el psicoanálisis, la investigación demuestra cómo el cuerpo del deportista se convierte en el escenario de una gestión psíquica insuficiente. De este modo, el aporte fundamental de la presente investigación radica en establecer un marco teórico – psicodinámico, el cual permite identificar mecanismos de autosabotaje y fijaciones somáticas vinculadas a la historia personal y al vínculo con el Otro, ofreciendo una vía diferente de interpretación, debido a que el enfoque y visiones biomédico y psiquiátrico no brindan respuestas.

El dolor de origen psicógeno en deportistas es un fenómeno complejo que involucra factores emocionales, sociales y culturales. Su relación con el miedo al éxito, la Nikefobia y las teorías psicoanalíticas muestran la importancia de abordar estos temas desde una perspectiva integral. Comprender y tratar este tipo de dolor

puede apoyar no solo a mejorar el desempeño deportivo, sino que también contribuye al bienestar emocional y psicológico de los deportistas.

VIII. Bibliografía

- Aguilar, M. D., Manzanera, R., Hernández, R., & López, A.** (2020). Evaluación del dolor: herramientas clínicas y consideraciones éticas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(2), 83–91.
<https://doi.org/10.20986/resed.2020.3761/2020>
- American Psychiatric Association.** (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- Andersen, M. B., & Williams, J. M.** (1999). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(3), 294-306.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y.** (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 81-97.
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2008.09.018>
- Apkarian, A. V., Hashmi, J. A., & Baliki, M. N.** (2011). Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S49–S64. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.010>
- Asbury, A., McKhann, G., McDonald, W., Goadsby, P y McArthur, J.** (2016). *Perception and Motor Control in Developmental Disorders*. Cambridge University Press.
- Belloch, Jlsya.** (2002) *La Somatización como Síntoma y como Síndrome*. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Tomado el

2 de febrero de 2024. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/01.20022.Santiago-Belloch.pdf>

Berthoz, Alain. (1997). *The Brain's Sense of Movement*. Harvard University Press.

Bruch, Hilde. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Routledge.

Bulbena, Antonio. (2025). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (9. ed.). Elsevier.

Burton, Robert. (2001). *The anatomy of melancholy*. New York Review Books. (Obra original publicada en 1621).

Campo, Juan V. (2009). Dolor somático y trastornos somatomorfos en la infancia y adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(2), 83–89.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press.

Castellanos, Santiago. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Grama Editorial.

Damasio, Antonio. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt.

Descartes, René. (2002). *Discurso del método*. Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1644).

Díaz, P., Martínez R., Castillo, D. (2020). El dolor: algunos criterios desde la Psicología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. Recuperado el 22 de marzo de 2022 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892020000200004

- Dolto, Francoise.** (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós.
- Engel, G. L.** (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
- Evans, Dylan.** (1996). An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis. Routledge.
- Fairburn, Christopher G.** (2008). Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. Guilford Press.
- Feinberg, Todd.** (2001). Altered Egos: How the Brain Creates the Self. Oxford University Press.
- Freud, S. & Breuer, J.** (2008). Estudios sobre la histeria (1895). En Obras completas, Vol. II. Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1979). Obras completas (Vol. II). (J. Strachey, Ed. y Trad.). Amorrortu. (Original de 1893, Estudios sobre la histeria).
- Freud, S.** (1979). Obras completas (Vol. XIV). (J. Strachey, Ed. y Trad.). Amorrortu. (Original de 1914, Introducción al narcisismo).
- Freud, S.** (1981). Obras completas (Vol. XVIII). (J. Strachey, Ed. y Trad.). Amorrortu. (Original de 1921, Psicología de las masas y análisis del yo).
- Freud, S.** (1991). Obras completas, Vol. XIV. Amorrortu Editores. (Original de 1915, La represión).
- Freud, S.** (1991). Obras completas, Vol. XIX. Amorrortu Editores. (Original de 1924, El problema económico del masoquismo).
- Freud, S.** (1993). En Obras Completas (Vol. XIV, pp. 246-250). Amorrortu Editores. (Original de 1917. Duelo y melancolía).

- Freud, S.** (1996). Obras completas, Vol. XX. Amorrortu Editores. (Original de 1926, Inhibición, síntoma y angustia)
- Freud, S.** (1999). Fragmentos sobre el inconsciente. Paidós. (Original de 1905).
- Freud, S.** (2006). Obras completas, Vol. VII. Amorrortu Editores. (Original de 1905, Tres ensayos sobre teoría sexual).
- Freud, S.** (2007). Obras completas, Vol. IV. Amorrortu Editores. (Original de 1900, La interpretación de los sueños).
- Freud, S.** (1973). Obras completas (Vol. I). (J. Strachey, Ed. y Trad.). Amorrortu. (Original de 1895, Proyecto de psicología para neurólogos).
- Freud, S.** (2008). Obras completas (Vol. XVIII). (J. Strachey, Ed. y Trad.). Amorrortu. (Original de 1920, Más allá del principio del placer).
- Freud, S.** (2008). Obras completas (Vol. XX). Amorrortu Editores. (Original de 1926, Inhibición, síntoma y angustia).
- Freud, S.** (2008). Psicopatología de la vida cotidiana. Amorrortu Editores. (Original de 1901).
- Freud, S.** (2010). Tótem y tabú. Amorrortu. (Original de 1913).
- Freud, S.** (2012). Obras completas (Vol. XIX). Amorrortu Editores. (Original de 1923, El yo y el ello).
- Freud, S.** (2012). Obras completas (Vol. XXI). Amorrortu Editores. (Original de 1930, El malestar en la cultura).
- Freud, S.** (2013). Carta a Romain Rolland sobre la experiencia oceánica. En Escritos completos, Vol. XXI. Amorrortu. (Original de 1936).
- Freud, S.** (2014). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Escritos completos, Vol. XIV. Amorrortu. (Original de 1916).

- Freud, S.** (2014). Obras completas (Vol. XVII). Amorrortu Editores. (Original de 1914, Recordar, repetir y reelaborar).
- Gaines, R., Missiuna, C., & Polatajko, H.** (2008). Developmental Coordination Disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 28(1), 33-41.
- Gallagher, Shaun.** (2005). *How the Body Shapes the Mind?* Oxford University Press.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C.** (2012). *Understanding Motor Development: Infants, Children, Adolescents, Adults.* McGraw-Hill.
- García-Andreu, J.** (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29 (Supl. 1), Recuperado el 16 de junio de 2022 de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C.** (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.624>
- González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M. Guadalupe.** (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427. Recuperado en 18 de enero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600004&lng=es&tlng=es.
- Grogan, Sarah.** (2017). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children.* Routledge.
- Guillén, F., & Sánchez, R.** (2017). Ansiedad y rendimiento en el deporte: Una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(1), 115-122.

Head, H., & Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34(2-3), 102-254.

Horney, Karen. (1945). *Our Inner Conflicts*. W. W. Norton & Company.

International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

International Association for the Study of Pain. (2025, June 4). A mechanistic approach to pain management: Applying the biopsychosocial model to physical therapy. *Relief News*. <https://www.iasp-pain.org/publications/relief-news/article/mechanistic-pain-management-biopsychosocial-model/>

Jackson, Stanley W. (2014). *Melancholia and depression: From Hippocratic times to modern times*. Yale University Press.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2009). *Sinopsis de psiquiatría* (10. ed.). Editorial Lippincott Williams & Wilkins.

Kearney, C. A., & Trull, T. J. (2012). *Abnormal Psychology and Modern Life*. Pearson.

Kosek, E., Cohen, M., Baron, R., Gebhart, G. F., Mico, J. A., Rice, A. S., & Simon, L. S. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*, 157(7), 1382–1386. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000507>

Lacan, J. (1957-1958). *El seminario. Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Paidós.

Lacan, Jacques. (1958). *El deseo y su interpretación*. Recuperado el 12 de enero de 2025, <https://e-diccionessjustine-elp.net/wp-content/uploads/2020/02/El-deseo-y-su-interpretacio%CC%81n.pdf>

- Lacan, Jacques.** (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos II (páginas 597-643). Siglo XXI Editores.
- Lacan, Jacques.** (1961). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. En Escritos II (páginas 197-211). Siglo XXI Editores.
- Lacan, Jacques.** (1991). El seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis. Paidós. (Original de 1959-60).
- Lacan, Jacques.** (1993). El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. (Original de 1966, Psicoanálisis y Medicina).
- Lacan, Jacques.** (2007). El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis. Paidós.
- Lacan, Jacques.** (2008). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En Escritos (pp. 531-583). Siglo XXI. (Original de 1955).
- Lacan, Jacques.** (2008). Escritos II. Siglo XXI. (Original de 1973, Una puntuación en Lacan).
- Lacan, Jacques.** (2008). El estadio del espejo como formador de la función del yo. En J.-A. Miller (Ed.), Escritos I. Siglo XXI. (Original de 1966).
- Lacan, Jacques.** (2008). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En Escritos (pp. 237-322). Siglo XXI. (Original de 1953).
- Lacan, Jacques.** (2013). Escritos I. Siglo XXI Editores. (Original de 1957).
- Laplanche, Jean.** (1992). Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. Amorrortu.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B.** (1996). Diccionario de psicoanálisis. Paidós.
- Le Boulch, Jean.** (1987). Educar en el movimiento. Paidós.
- Le Breton, David.** (1999). Antropología del dolor. Ediciones Nueva Visión.

- Lipowski ZJ.** (1990) Chronic idiopathic pain syndrome. *Ann Med.* 1990;22(4):213-7. doi: 10.3109/07853899009148927. PMID: 2248755. Bonnier, P. (1905). *L'Aschématie*. Masson.
- Mark H. Anshel.** (2011). *Sport Psychology: From Theory to Practice*. Benjamin-Cummings Pub Co.
- McDougall, J.** (1999). *Teatros del cuerpo: el psicodrama de los síntomas*. Paidós.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., & Stewart, A. L.** (2012). Body Awareness: A phenomenological inquiry. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(4), 1-12.
- Melzack, R., & Wall, P. D.** (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Melzack, Ronald.** (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378-1382.
- Melzack, Ronald.** (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. *The Journal of Pain*, 6(6), 121–126.
- Mera-Cordero, J. R., Villanueva-Echeverría, C., & Álvarez-Maldonado, L. A.** (2022). Abordaje clínico del dolor neuropático en atención primaria. *Medicina General y de Familia*, 11(1), 32–38. <https://doi.org/10.29375/01237047.4294>
- Mordoh, E., Gurevicz, M., Lombardi, G.** (2008) *La Implicación Del Sujeto Del Inconsciente En El Síntoma*. Recuperado el 22 de mayo de 2022. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944040.pdf>
- Nasio, J. D.** (1990). *El dolor de la histeria*. Ed. Paidós.
- Nasio, J. D.** (1996). *Los gritos del cuerpo*. Ed. Paidós.
- Nasio, J. D.** (2007). *El dolor físico*. Ed. Gedisa.

Nasio, J.-D. (2007). El dolor de amar. Gedisa.

O'Mara, S, Walsh, V. (1994). Cognitive Neuropsychology of Attention. Psychology Press.

Organización Mundial de la Salud. (2019/2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11)*. Recuperado el 20 de octubre de 2024, <https://icd.who.int/browse11>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Cuidados paliativos. Recuperado el 18 de noviembre de 2024, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 8 de septiembre). Trastornos de ansiedad (Hoja informativa). Recuperado el 10 de octubre de 2024, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Ortega, E., & Olmedilla, A. (2011). Recuperado el 11 de noviembre de 2024, https://www.researchgate.net/publication/277260603_Lesiones_deportivas_y_psicologia_Una_revision_2000-2009

Piaget, Jean. (1952). The Origins of Intelligence in Children. Norton.

Punset, Eduardo. (2010). El viaje al poder de la mente. Santillana Ediciones.

Raich, R. M. (2004). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones Pirámide.

Recalcati, Massimo. (2011). El complejo de Telémaco: Padres e hijos tras el ocaso del progenitor. Gedisa.

Rodríguez-Testal, J. F., Senra, C., & López-Romero, N. (2018). Manual de psicopatología general. Del síntoma al trastorno mental. Pirámide.

- Rojas-Bermúdez, Jaime. G.** (1988). Teoría y técnicas psicodramáticas Paidós.
- Roudinesco, E., & Plon, M.** (2002). Diccionario de psicoanálisis. Paidós.
- Roudinesco, Elizabeth.** (1999). Freud: En su tiempo y el nuestro. Debate.
- Santiago, J. L., & Belloch, A.** (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7(2), 73-93. Recuperado el 10 de junio de 2024 de <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/01.20022.Santiago-Belloch.pdf>
- Scarry, Elaine.** (1985). The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World. Oxford University Press.
- Schilder, Paul.** (1935), (1999). The Image and Appearance of the Human Body. Routledge.
- Shneidman, Edwin. S.** (1993). Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Jason Aronson.
- Shorter, Edward.** (1992). From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic illness in the modern era. The Free Press.
- Stice, Eric.** (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 128(5), 825-848.
- Tamorri, S.** (2015). Neurociencias y deporte: Psicología deportiva. Procesos mentales del atleta. Paidotribo.
- Tod, David.** (2022). Sport Psychology: The Basics. Routledge.
- Toro, Josep.** (2009). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia y otros síndromes. Masson.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., & Wang, S. J.** (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP

Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. Recuperado el 06 de noviembre de 2022, <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

Veale, David. (2004). Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125.

Veith, Ilza. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. University of Chicago Press.

Wallon, Henri. (1970). *Los Orígenes del Carácter en el Niño*. Recuperado el 18 de octubre de 2024. <https://saberespsi.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/09/wallon-los-origenes-del-caracter-en-el-nino-pdf.pdf>

Weinberg, R. S., & Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Ed Panamericana.