

LA DIGESTIÓN DEL TRAUMA: INTERSECCIONES ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA MEDICINA SOBRE LAS PARTICULARIDADES PSÍQUICAS DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL

DIEGO ROCHA VADILLO

Licenciado en Psicología. Maestrando en Psicoterapia Psicoanalítica en el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Psicoterapeuta en clínica privada.

Recepción: 06 de noviembre 2025/ Aceptación: 21 diciembre 2025

RESUMEN

Este trabajo explora la dispepsia funcional como un trastorno digestivo que, pese a carecer de causa orgánica clara, revela una compleja dimensión psíquica cuando se aborda desde la perspectiva psicoanalítica. A partir de Freud y de autores como Winnicott, Green, McDougall, Garma y Chiozza, El objetivo es analizar cómo la simbolización y la represión fallida pueden convertir al aparato digestivo en escenario de conflictos no elaborados. Se propone abrir un diálogo entre la medicina y el psicoanálisis para pensar la dispepsia funcional no solo como síntoma corporal, sino como formación sintomática donde pulsión, cuerpo y trauma se entrecruzan. Se propone continuar esta línea con estudios clínicos que permitan precisar las particularidades subjetivas de este padecimiento.

PALABRAS CLAVE: Dispepsia, trauma, simbolizar, pulsión, digestión, represión.

ABSTRACT

This paper explores functional dyspepsia as a digestive disorder which, despite lacking an identifiable organic cause, reveals a complex psychic dimension when approached through psychoanalytic theory. Drawing on Freud and authors such as Winnicott, Green, McDougall, Garma and Chiozza, it analyses how failed symbolization and repression may turn the digestive system into the stage for unprocessed conflicts. The aim is to open a dialogue between medicine and psychoanalysis to consider functional

dyspepsia not only as a bodily symptom but as a symptom formation in which drive, body and trauma intersect. The paper proposes continuing this line of inquiry through clinical case studies to clarify the subjective particularities of this condition.

RÉSUMÉ

Ce travail explore la dyspepsie fonctionnelle comme un trouble digestif qui, bien qu'il ne présente pas de cause organique claire, révèle une dimension psychique complexe lorsqu'il est abordé sous l'angle psychanalytique. En s'appuyant sur Freud ainsi que sur Winnicott, Green, McDougall, Garma et Chiozza, il analyse comment l'échec de la symbolisation et de la répression peut transformer l'appareil digestif en scène de conflits non élaborés. L'objectif est d'ouvrir un dialogue entre la médecine et la psychanalyse pour penser la dyspepsie fonctionnelle non seulement comme un symptôme corporel mais comme une formation symptomatique où pulsion, corps et trauma s'entrelacent. Il est proposé de poursuivre cette voie par des études de cas cliniques afin de mieux saisir les particularités subjectives de ce trouble.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia, también conocida comúnmente como indigestión, está descrita como una sensación de dolor o malestar en la parte superior del abdomen y que se describe como inflamación, saciedad precoz, gases y ardor estomacal. Se trata de una afección que por sí sola no refiere un problema serio de salud o una enfermedad grave y constituye uno de los padecimientos más comunes en la población, ya que esta se presenta generalmente debido a malas conductas y hábitos alimenticios.

Por otra parte, nos podemos encontrar que en este padecimiento existen dos formas de tipificar la dispepsia, tenemos, por un lado, aquellas que se denominan agudas, asociadas a procesos ulcerosos, derivados de enfermedades y patologías, algunas graves, como el cáncer de estómago o de esófago, incluso se puede experimentar dispepsia en lugar de dolor torácico cuando se está teniendo un infarto de miocardio o de angina. Otras causas de esta índole son el vaciamiento gástrico retardado, consumo de medicamentos, enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis, úlcera gastroduodenal e infección por *helicobacter pylori*. Toda esta categoría de dispepsia

aguda constituye claramente la presencia de una afección o afecciones de carácter meramente médico-biológico, causa y efecto, acción y reacción del cuerpo ante enfermedades e ingestas a las que podríamos denominar como orgánicas, exentas del carácter psíquico. Sin embargo, ocurre una cuestión que nos llama la atención a nosotros los investigadores de los procesos psíquicos, hablamos de la dispepsia funcional: sucede que existe otra categoría, una que carece de causas orgánicas, que no corresponde como una reacción a otras enfermedades. Es en esta ausencia de enfermedades adyacentes y excesos de síntomas donde el psicoanálisis entra en escena a cuestionar la naturaleza somática de la enfermedad. Hablar sobre la posibilidad de correlacionar un padecimiento como este con la presencia de factores influyentes de constitución psíquica, como psicoanalistas, nos es posible y más aún, es un lugar del cual mucho podríamos decir, teorizar o simplemente opinar y lo justificamos con uno de los conceptos más importantes del psicoanálisis: la pulsión y el gran puente que erige entre la psique y el soma. Aclaramos que no se trata de un descubrimiento o de una cuestión que hable de algo completamente nuevo puesto que mucho se ha dicho hasta el momento sobre las enfermedades caracterizadas de funcionales y su estrecha relación con la actividad psíquica, la represión y las complicaciones relacionadas a la simbolización del trauma. [1]

El objetivo de entrar en contacto con la dispepsia funcional desde una perspectiva psicoanalítica es identificar sus particularidades clínicas y diferenciarla de otras manifestaciones psicosomáticas con expresión gastrointestinal, investigar la naturaleza de sus síntomas a partir de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica y contribuir a una lectura subjetivante del cuerpo enfermo, allí donde la medicina funcional encuentra una convergencia en su comprensión etiológica.

Dicho lo anterior, nos es lícito plantearnos ¿de qué manera puede el psicoanálisis ofrecer una comprensión diferencial de la dispepsia funcional como formación sintomática en el límite entre lo somático y lo psíquico, en contraste con otras patologías gastrointestinales de origen psicosomático? y bajo este diálogo entre la medicina y el psicoanálisis ¿Qué aportes específicos puede ofrecer el psicoanálisis a la comprensión y abordaje clínico de la dispepsia funcional, en diálogo complementario con la perspectiva médica?

MARCO TEÓRICO

Antecedentes conceptuales de la clínica de las enfermedades funcionales

Consideramos necesario detenernos en el análisis del concepto de “funcional” en los trastornos descritos por la medicina, ya que se trata de una categoría que no proviene del psicoanálisis ni de su lógica clínica, sino que obedece a una clasificación basada en la ausencia de hallazgos orgánicos estructurales. No obstante, veremos que Freud, desde finales del siglo XIX, abordó muchos de estos cuadros sintomáticos, particularmente aquellos que hoy denominaríamos funcionales desde una perspectiva completamente distinta, anclada en la economía psíquica, la represión y la conversión somática. Lo que para la medicina es un fallo del funcionamiento, para el psicoanálisis puede ser un síntoma con valor estructurante, portador de sentido inconsciente.

A partir de Freud y de otros desarrollos teóricos posteriores como los de Donald Winnicott, André Green y Joyce McDougall se han elaborado lecturas más complejas y subjetivantes del cuerpo enfermo, que permiten pensar los llamados trastornos funcionales no solo como fallas fisiológicas, sino como formaciones sintomáticas en la frontera entre lo somático y lo psíquico. En el presente trabajo nos proponemos retomar y conectar estas aportaciones para trazar un recorrido teórico-clínico que dialogue con la medicina contemporánea y sus criterios diagnósticos.

Desde la antigüedad, tanto la medicina como los discursos sobre el alma han intentado dar sentido a enfermedades que escapan a toda explicación visible. Síntomas que surgen de manera abrupta, sin lesión aparente, han sido históricamente atribuidos a fuerzas sobrenaturales: posesiones demoníacas, castigos divinos o maldiciones. Estas concepciones no solo responden a la falta de conocimiento médico, sino también a la estructura simbólica de cada época. Como señala Michel Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* (1961), las sociedades tienden a excluir aquello que no comprenden, y muchas veces lo hacen mediante la patologización, la criminalización o el confinamiento.[2]

Uno de los motivos por los que antiguamente se comprendía tan poco sobre ciertas enfermedades es, efectivamente, la limitación técnica. La identificación del bacilo de Koch en 1882, gracias al desarrollo del microscopio, permitió por primera vez distinguir la tuberculosis como entidad bacteriana. Del mismo modo, el agente causal de la sífilis fue identificado en 1905, con el descubrimiento del *Treponema pallidum*. Estas demoras reflejan que muchas enfermedades hoy bien definidas fueron durante siglos clasificadas erróneamente como desórdenes morales, degeneraciones del carácter o castigos divinos.

Pero más allá de las limitaciones técnicas, se hace evidente el peso de la cultura en la construcción del concepto de enfermedad. Incluso cuando clínicos como Philippe Pinel (finales del siglo XVIII) o Jean-Étienne Esquirol (siglo XIX) comenzaron a sistematizar las enfermedades mentales desde una perspectiva racionalista, el imaginario colectivo seguía viendo en la locura, la histeria o la epilepsia manifestaciones de herejía, brujería o corrupción moral. Esta tensión entre el saber clínico y las matrices culturales ha dejado huellas persistentes en la forma en que se abordan ciertos padecimientos.

El caso de la psicosis resulta paradigmático: pese a los avances en la nosografía psiquiátrica y las aportaciones estructurales del psicoanálisis, las personas psicóticas siguen siendo objeto de exclusión, medicalización forzada y confinamiento institucional, muchas veces más allá de cualquier lógica clínica. En este sentido, podríamos decir que la historia de la medicina está atravesada por un doble movimiento: por un lado, el desarrollo del conocimiento y las tecnologías diagnósticas; por el otro, la persistencia de mecanismos de exclusión frente a lo que no puede ser simbolizado, normado o representado en términos racionales.

La indigestión del trauma

Freud nos ha dado ya las bases fundamentales para comprender que los síntomas físicos sin aparente origen orgánico no responden a una cuestión mágica o de carácter místico, de hecho, hemos aprendido que en muchos casos estos síntomas se relacionan profundamente con procesos psíquicos, represión y la forma en la que se procesan los traumas. Observamos pacientes que presentan padecimientos físicos

como dolores, parálisis, náuseas, vómitos, etc. Sin aparente causa y que corresponden a representaciones desplazadas de conflictos afectivos no elaborados. Así en *Estudios Sobre la Histeria* nace el concepto de conversión histérica, donde un afecto reprimido retorna en el cuerpo.[3]

Más adelante, en el recorrido a través de la obra de Freud encontramos en *Las pulsiones y sus Destinos* la descripción conceptual de la pulsión, que nos remite precisamente a esta frontera que hay entre el psiquismo y el soma: cuando la tramitación psíquica fracasa las pulsiones se pueden expresar por la vía somática [4]. Esto nos prepara el terreno para pensar los síntomas que se observan en la dispepsia funcional desde el modelo pulsional. Siguiendo este camino, recordemos que los síntomas tienen una función fundamental, en cierta forma tildada de mediadora en la convergencia de un compromiso entre el Yo y el Ello; una formación sustitutiva de las pulsiones provenientes del ello que a su vez satisface a la defensa, o bien, los intereses del Yo. [5]

Por último, Freud nos ofrece en *Tres ensayos sobre teoría sexual* una revisión no solo de las pulsiones sexuales, sino que también del cuerpo como espacio libidinal, es decir, como territorio en el que lo psíquico se inscribe desde los primeros momentos de la vida. Lejos de plantear un reduccionismo sobre la sexualidad a lo genital y la reproducción, nos señala que existe una sexualidad infantil que se manifiesta en diversas zonas del cuerpo que apuntan a la satisfacción y el placer, por ejemplo, la boca, el ano, la piel, entre otras. Estas zonas erógenas descritas a partir de la observación clínica de la succión, la deposición de heces y la manipulación corporal no tienen inicialmente un objeto sexual, pero sí constituyen fuentes de excitación que marcan la economía pulsional del sujeto. El aparato digestivo, en tanto involucrado en la oralidad y la analidad, se configura, así como lugar privilegiado para la expresión somática del conflicto psíquico cuando éste no puede ser tramitado por vías simbólicas. Freud introduce además la noción de fijación y regresión, aludiendo a cómo ciertas zonas corporales pueden quedar marcadas por conflictos no resueltos y luego ser reactivadas en la vida adulta, en forma de síntomas corporales funcionales. [6]

En este marco, la dispepsia funcional puede pensarse como el retorno de una excitación pulsional no ligada a representación, que se expresa en el cuerpo bajo la forma de una disfunción provocada por la inhibición y que se expresa como un síntoma del aparato digestivo. La comprensión del concepto de lo pulsional, la constitución del síntoma, así como, el desarrollo sexual infantil, ofrecen una base conceptual sólida para pensar cómo el cuerpo enfermo puede ser portador de sentido, y cómo ciertas afecciones funcionales pueden responder a una lógica pulsional e inconsciente más que a una causa orgánica evidente.

Recapitulando, tenemos ahora los conceptos fundamentales para intentar comprender con mejor precisión cuál es la posición del psicoanálisis ante estas enfermedades; en primer lugar tenemos el concepto de pulsión como en tanto puede ser placentera o displacentera; en segundo lugar logramos concommitar este concepto con la función del síntoma como formación de compromiso entre la pulsión (Ello) y las defensas (Yo); y en tercer lugar la investidura de las zonas erógenas del cuerpo cuyo límite no se remite a un lugar fijo, sino a todo un sistema como es en el caso de la nutrición y la eliminación y, en este sentido, el camino que recorre desde la boca como punto inicial hasta las heces como el fin del recorrido, trayecto llevado a cabo en torno al aparato digestivo.

La perspectiva freudiana nos muestra que el síntoma no es simplemente un fallo corporal, sino una formación de compromiso, sostenida por mecanismos de represión, desplazamiento y sustitución. Esta estructura sólo es posible porque existe una capacidad simbólica que permite al psiquismo tramitar lo que de otro modo sería una excitación bruta e inmanejable.

Desde este punto de vista, la función simbólica es la que permite transformar la pulsión en representación, darle forma mediante palabras, imágenes, sueños o actos simbólicos. Cuando esta capacidad se ve comprometida o es insuficiente, lo que debería tramitarse en el plano psíquico puede retornar en el cuerpo sin mediación, dando lugar a fenómenos que escapan a la lógica del síntoma neurótico clásico.

Esta distinción resulta esencial para entender por qué algunos síntomas corporales como los observados en la dispepsia funcional no se comportan como formaciones

simbólicas complejas, sino como expresiones directas de una tensión no simbolizada. Aquí se abre el puente con autores posteriores a Freud, quienes se dedicaron a profundizar en la función de lo simbólico, la simbolización fallida y el cuerpo como escenario de lo no representado.

Donald Winnicott: Las relaciones objetales y su función para simbolizar

Así, conceptos como el acting somático (McDougal) o la idea de “fallas en la negativización” (Green) encuentran su raíz en esta problemática: ¿qué ocurre cuando el aparato simbólico no logra metabolizar el exceso pulsional o traumático? En esta línea, Winnicott aporta la noción de que el cuerpo es el primer sostén del self, y que la simbolización surge de un proceso temprano de integración y sostén ambiental. Cuando este proceso se interrumpe, el cuerpo puede convertirse en el lugar donde se actúa lo que no se puede pensar.

Abordar las cuestiones referentes a la simbolización nos resulta un trabajo en el cual tenemos que poner mano de distintas perspectivas. Siguiendo los planteamientos de Winnicott en *El Uso de un Objeto y La Relación por Medio de Identificaciones* caemos en cuenta que la capacidad de simbolizar depende de varios factores que no son innatos al ser humano, sino que se desarrolla con cuidados maternos adecuados, se trata de una función que permite al infante relacionarse con el mundo exterior. Se presenta entonces la diferenciación entre la relación de objeto y el uso de objeto: El sujeto se relaciona con el objeto en un primer momento para que posteriormente en la fase intermedia entre relacionarse y usarlo con naturalidad surjan actos destructivos, los cuales van a constituir algo muy importante para su relación con el mundo exterior, entonces, cuando estas mociones agresivas en un intento por destruir al objeto y al experimentar que el objeto logra sobrevivir, en el infante nacen nuevos sentimientos hacia el objeto, un vínculo reforzado en donde lo que se escucha es “Sobreviviste, por lo tanto, te amo”. Gracias a este proceso el niño es, ahora, capaz de usar al objeto: identificarse y proyectarse en él, en otras palabras, responde al principio de realidad y a su posibilidad de relacionarse con el mundo exterior. [7]

Más adelante en la vida adulta observaremos que en el trabajo clínico el paciente repite esta misma fórmula, por un lado, lanzando fuertes agresiones al analista, que, si bien son comprendidas y asimiladas, o sea, que el analista logre sobrevivir a las agresiones transferenciales, surge la posibilidad de que el paciente encuentre un camino por el cual avanzar en su proceso analítico, simbolizar su realidad exterior. Del mismo modo, esto nos hace pensar en los traumas y en la simbolización de estos, veremos que en la teorización sobre el *Miedo al Derrumbe* los pacientes constantemente se encuentran en un estado de angustia ante distintas posibilidades que constituyen precisamente el miedo a un derrumbe psíquico. En este sentido, el analista debe permitir que el paciente se pueda derrumbar en el espacio analítico y efectuar su función de holding, es decir, sostenerlo y mostrarle la posibilidad de sobrevivir al derrumbe. Esto constituye una forma de simbolizar un evento traumático que no ha conseguido ser atravesado satisfactoriamente y es solo cuando le es posible revivir el trauma, en este espacio de sostén, que se pueda alcanzar una digestión de este, por supuesto, cabe destacar que son eventos que pueden ser repetitivos y es muy posible que se requiera más de un derrumbe y mucha pericia técnica del analista para que pueda sostenerlo. Por el contrario, cuando el holding falla el infante se encuentra con diversas dificultades para integrar su self, la angustia, por los distintos estímulos tanto internos como externos pueden ser avasallantes, así como desorganizadores. Es por eso por lo que la intervención materna en esta temprana etapa cobra un papel de suma importancia, la capacidad para tolerar el mundo externo dependerá de estos cuidados primarios. Winnicott, en este sentido, apunta a que cuando el holding falla, o bien, no es suficiente, la angustia que le sobrepase en tanto no sea posible mentalizarse, tendrá su descarga vía corporal y se inscribirán síntomas psicósomáticos.[8]

La psicósomática de André Green

Por otra parte, André Green profundiza la distinción señalando que no todo síntoma corporal está cargado de sentido inconsciente. Para él, la clave radica en la capacidad del aparato psíquico para simbolizar: transformar la pulsión en representaciones, imágenes o palabras. Allí donde esta función se interrumpe o fracasa, la pulsión no tramitada se vuelca directamente en el cuerpo como descarga somática.

En *El pensamiento clínico*, Green subraya que el síntoma neurótico es siempre una formación de compromiso, un producto del trabajo de la represión que da lugar a desplazamientos y condensaciones. El síntoma histérico, por ejemplo, es un sustituto simbólico que permite mantener el conflicto inconsciente en el terreno psíquico, aunque de forma deformada. Sin embargo, cuando este trabajo fracasa, la economía libidinal encuentra como salida la vía orgánica. Es aquí donde el concepto de déficit de simbolización cobra toda su fuerza: la psicósomática no es, para Green, un símbolo que deba ser interpretado como metáfora de un deseo reprimido, sino la marca de una falla estructural del aparato psíquico para elaborar la excitación pulsional.[9] También introduce importantes conceptos metapsicológicos, como el desinvertimiento somático retomando la idea freudiana de la economía pulsional, pero señala que en ciertos pacientes la libido se retira de la escena psíquica y se vuelca al cuerpo. Esta retirada es expresión de un fracaso del proceso de negativización, otra de las grandes aportaciones de Green: el trabajo psíquico no sólo consiste en producir símbolos, sino en negar, borrar, desinvertir aquello que no puede ser integrado. En su libro *El trabajo de lo negativo*, Green explica que la falla de la función negativa deja sin defensa al aparato psíquico, forzando al cuerpo a convertirse en el soporte de lo que no puede ser pensado. Este punto conecta con su idea de estructuras límite, pacientes que no encajan ni en la neurosis ni en la psicosis clásica, y que muestran un déficit estructural para representar sus conflictos. En estos casos, el cuerpo deviene el lugar de inscripción de lo impensable, el escenario final de la tensión pulsional no simbolizada [10].

La teatralidad somática de Joyce McDougall

Siguiendo la línea abierta por André Green, Joyce McDougall profundiza la cuestión de la psicósomática situándose como un territorio clínico donde se evidencia, de forma dramática, la falla del aparato psíquico para simbolizar la pulsión. Su obra *Teatros del cuerpo* es una referencia clave para comprender cómo ciertos síntomas corporales no funcionan como formaciones simbólicas, sino como descargas somáticas de una tensión psíquica que no logra organizarse en representaciones.

McDougall cuestiona la postura psicoanalítica clásica que considera que todo síntoma corporal debe ser interpretado como un mensaje cifrado. En su experiencia clínica, observa pacientes cuyas enfermedades orgánicas como lo son el eczema, asma, colitis ulcerosa, entre otros no pueden ser descifradas mediante la interpretación simbólica porque no son desplazamientos de un conflicto reprimido en el sentido freudiano tradicional. En cambio, se presentan como manifestaciones de una incapacidad estructural para fantasear, soñar y transformar la excitación pulsional en relato psíquico.

A partir de casos clínicos minuciosos, McDougall muestra que estos pacientes no disponen de un “teatro interno”, un espacio donde se pueda representar la escena pulsional mediante imágenes, palabras o sueños. Cuando esta capacidad falla, la pulsión bruta no reprimida ni simbolizada “migra” al cuerpo, generando lesiones o trastornos funcionales. Así surge su conocida metáfora del “teatro del cuerpo”: el cuerpo se convierte en escenario de una dramaturgia sin palabras, donde la tensión pulsional se “actúa” en lugar de pensarse.

Para describir este fenómeno, McDougall introduce el concepto de “acting somático” como una extensión del acting out para señalar que, en ausencia de una trama simbólica, la acción pulsional se inscribe directamente en el soma. En los casos que detalla, se observa cómo el síntoma orgánico no sustituye una fantasía reprimida, sino que funciona como testimonio mudo de una carencia de simbolización. Es decir, el cuerpo “habla” allí donde el aparato psíquico no puede.

Este planteamiento resulta especialmente pertinente para pensar la dispepsia funcional dentro de un modelo psicoanalítico contemporáneo. Así como la úlcera gastroduodenal o la colitis ulcerosa pueden expresar agresividades o conflictos no mentalizados, el aparato digestivo, cargado de significación pulsional desde la oralidad infantil, puede convertirse en escenario de descarga cuando no existe posibilidad de tramitar la tensión por la vía de la representación. McDougall muestra que, en estos pacientes, la imposibilidad de soñar literal y metafóricamente es un indicador clínico clave: el

síntoma corporal ocupa el lugar de la escena fantaseada, pero lo hace de forma directa, sin sustitución simbólica [11].

Este aporte también enriquece la idea de Green sobre el déficit de simbolización: para McDougall, la falta de un “teatro interno” no solo genera acting conductual, sino que convierte al cuerpo en actor y escenario a la vez. En este sentido, la somatización no debe leerse como un mensaje cifrado que se pueda interpretar, sino como una ausencia de sentido, una acción que se produce por la falla de la función representacional.

McDougall insiste en que el trabajo clínico con pacientes psicossomáticos exige reconocer la frontera donde se agota la interpretación clásica. Frente a estos cuadros, el desafío terapéutico se desplaza: no se trata de descifrar un símbolo, sino de ayudar al paciente a construir una capacidad de representación para favorecer el surgimiento de un espacio interno donde la pulsión pueda ligarse, narrarse y transformarse. La tarea, entonces, no es traducir un síntoma corporal a un sentido inconsciente preexistente, sino propiciar que el paciente empiece a soñar lo que antes solo podía padecer en su cuerpo.

Discusión de resultados

Nos resulta ahora más claro comprender algunos de los aspectos más importantes sobre las implicaciones de la simbolización en tanto tiene efectos somáticos cuando no logran ser tramitados psíquicamente. A pesar de las diferencias teóricas que estos autores nos presentan podemos destacar diversos elementos en común que son base para la comprensión del concepto: 1) Que la simbolización es un proceso que surge durante las primeras etapas de la vida. 2) Es necesario que el mundo externo (los cuidados maternos, ambiente facilitador y los objetos “pretransicionales”) tengan un lugar en la escena del desarrollo primitivo. 3) Simbolizar tiene que ver con la percepción del mundo exterior y la forma en la que estos elementos se integran y constituyen el aparato psíquico.

Con todo lo anterior la cuestión que nos aqueja responder ¿Qué ocurre con el aparato digestivo? ¿Qué de lo pulsional termina en una simbolización parcial dirigida al estómago en forma de síntomas de dispepsia? ¿Es una cuestión de azar? ¿Los traumas se digieren? Y de ser así ¿Cómo se diferencia la digestión del trauma del aparato digestivo de la digestión desde otros aparatos?

Garma desarrolla de forma específica el caso de la úlcera gastroduodenal, considerándola un paradigma de cómo un conflicto inconsciente no simbolizado puede afectar directamente un órgano. Para él la clave radica en la represión insuficiente: mientras en la conversión histérica la tensión pulsional reprimida se transforma en un síntoma simbólico, en la úlcera la agresividad y la hostilidad inconscientes no encuentran un cauce representacional y se descargan directamente sobre la mucosa gástrica.

A través de observaciones clínicas, Garma muestra que muchos pacientes ulcerosos presentan dificultades para expresar sentimientos de hostilidad y dependencia, lo que genera un exceso de tensión interna. Esta carga pulsional, al no poder ser tramitada mediante la fantasía o el discurso, se localiza en la zona gástrica, particularmente sensible por su función simbólica de incorporación y agresión oral. Así, la lesión ulcerosa funciona como un “testimonio somático” de un conflicto que no logra hacerse palabra ni imagen, anticipando lo que Green y McDougall ampliarían después como déficit de simbolización.

Para Garma, la tarea del análisis psicosomático consiste en ayudar a que el paciente recupere la capacidad de representar esa agresividad, reactivando la función simbólica que permita desplazar la tensión del cuerpo al psiquismo. Su trabajo sobre la úlcera sigue siendo un pilar para pensar fenómenos como la dispepsia funcional, donde el aparato digestivo vuelve a ser escenario de una pulsión no elaborada, demostrando que, en ciertos cuadros, el síntoma orgánico no es símbolo: es falla de simbolización.

[12]

Luis Chiozza a diferencia de Garma, quien destaca la falla de la represión como vía para la descarga somática, enfatiza la idea de que cada órgano encierra una

significación inconsciente específica, anclada en la fantasía y la historia pulsional de cada sujeto.

En textos como *El significado de la enfermedad* y *Por qué enfermamos*, sostiene que los órganos no son meros receptores pasivos de la tensión psíquica, sino que se implican activamente como escenarios privilegiados de la fantasía inconsciente. Para él, el aparato digestivo y en particular el estómago ocupa un lugar destacado como símbolo de la relación entre incorporación, agresión oral y digestión psíquica. En este sentido, los trastornos funcionales, como el que está asociado con la dispepsia, pueden interpretarse como expresiones de conflictos ligados a la dificultad de “metabolizar” emocionalmente vivencias que no alcanzan un nivel de simbolización suficiente.

Chiozza profundiza así la línea freudiana y garmeana, proponiendo que detrás de cada síntoma somático se revela un sentido narrativo latente, aunque no siempre elaborado de forma consciente. La úlcera, por ejemplo, muestra para Chiozza una agresión que se vuelve contra la propia capacidad de asimilación, una forma en que el sujeto “ataca” su función de digestión simbólica cuando fracasa el trabajo psíquico de elaboración.

Su propuesta pone en diálogo la teoría pulsional, la fantasía inconsciente y la semiología médica, invitando a que la clínica psicosomática no se limite a descifrar el síntoma como mensaje, sino que explore el vínculo entre órgano, afecto y narrativa interna. Para un fenómeno como la dispepsia funcional, el marco de Chiozza permite pensar el síntoma no sólo como un resto somático sin representación, sino como una forma en que el cuerpo “dice” algo sobre la dificultad de procesar y digerir la experiencia psíquica.[13]

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos explorado la dispepsia funcional como un territorio fértil para articular el diálogo entre la medicina y el psicoanálisis, mostrando que allí donde la mirada médica encuentra un límite en la ausencia de causas orgánicas claras se abre un espacio para interrogar las particularidades psíquicas que sostienen el síntoma. Recuperando la herencia de Freud y ampliándose con las valiosas

aportaciones Winnicott, Green, McDougall, Garma y Chiozza, podemos sostener que la dispepsia funcional no es un mero “fallo” digestivo, sino una formación compleja donde la pulsión, la simbolización y la historia personal encuentran en el cuerpo una vía de expresión cuando la palabra y la fantasía no alcanzan.

Esta revisión deja ver que la simbolización no es un proceso dado, sino una capacidad que se constituye en los primeros vínculos, que puede fallar o detenerse frente a traumas y conflictos no elaborados. Cuando el aparato psíquico no logra digerir aquello que lo afecta, es el aparato digestivo el que termina por traducir, de forma cruda, lo que la mente no logra procesar. El estómago, como plantea Chiozza, se convierte así en símbolo y escenario de la imposibilidad de metabolizar lo traumático. Garma ya había anticipado que detrás de la úlcera y otros trastornos digestivos se encuentra una agresividad no representada; Green y McDougall coinciden en subrayar que, sin una red de simbolización, la pulsión de destrucción se vuelca al cuerpo como última salida.

A pesar de estos aportes, queda claro que la comprensión de la dispepsia funcional en clave psicoanalítica sigue siendo un campo abierto. Resulta imprescindible promover investigaciones que combinen el rigor clínico y la escucha analítica para no reducir estos síntomas a un simple epígrafe dentro de los trastornos digestivos. En este sentido, abrir espacio para estudiar casos clínicos detallados permitirá precisar cómo cada paciente “digiere” o “actúa” sus conflictos en el cuerpo, y qué intervenciones facilitan que lo que hoy se expresa como molestia digestiva pueda transformarse en palabra, imagen o símbolo.

El desafío es sostener la pregunta: ¿qué es lo que cada estómago retiene, carga o intenta expulsar cuando el habla no alcanza? Más que dar una respuesta cerrada, este trabajo propone sostener la interrogación, invitar al diálogo entre disciplinas y recordar que, en el cruce entre soma y psique, siempre habrá algo que reste por pensar y traducir. La digestión del trauma no es un proceso lineal ni terminado: es un trabajo siempre inconcluso, que encuentra en la clínica psicoanalítica un espacio para seguir elaborándose.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] DROSSMAN, D. A. (Ed.). (2016). *Rome IV: Functional gastrointestinal disorders—Disorders of gut-brain interaction* (4th ed.). Raleigh, NC: The Rome Foundation.
- [2] FOUCAULT, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- [3] FREUD, S., & BREUER, J. (1895). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- [4] FREUD, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- [5] FREUD, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- [6] FREUD, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras completas* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- [7] WINNICOTT, D. W. (1969). *El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- [8] WINNICOTT, D. W. (1974). *Miedo al derrumbe*. En *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- [9] GREEN, A. (1990). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- [10] GREEN, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- [11] MCDOUGALI, J. (1982). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes Editor.
- [12] GARMA, A. (1954). *Psicosomática*. Buenos Aires: Paidós.
- [13] CHIOZZA, L. (1987). *El significado de la enfermedad*. Buenos Aires: Paidós.