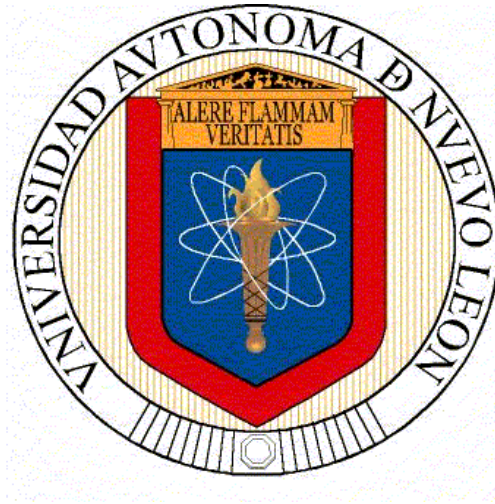


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“¿QUIÉN SOY? LA PREGUNTA SOBRE LA FEMINEIDAD O LA
CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD. UN CASO DE HISTERIA
FEMENINA**

PRESENTA

OLGA MARIBEL ARRAMBIDE VEGA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO COMO REQUISITO PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA

DICIEMBRE 2014

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**“¿QUIÉN SOY? LA PREGUNTA SOBRE LA FEMINEIDAD O LA
CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD. UN CASO DE HISTERIA FEMENINA**

PRESENTA

PSIC. OLGA MARIBEL ARRAMBIDE VEGA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO COMO REQUISITO PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN
CLÍNICA PSICOANALÍTICA

DIRECTOR DE TESIS
DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

MONTERREY, NUEVO LEÓN,

DICIEMBRE 2014

Al psicoanálisis

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por apoyarme en mis sueños de estudiar una maestría.

A mi analista Patricia Zavala por acompañarme en este recorrido y ayudarme directa e indirectamente a realizar mi meta de terminar la maestría.

A Lilia Martínez por leer mi trabajo durante la realización de este y enriquecerlo con su ayuda, ¡gracias amiga! Sin ti no sería lo que es.

Gracias mil a mis amigos de la maestría, el tiempo y las experiencias compartidas son algo que jamás olvidare, especialmente a los rezagados del grupo B, están en mi corazón.

A mi amiga Xochil la autora intelectual de la idea de realizar ésta maestría, chaparrita empezamos juntas, juntas terminamos, juntas seguiremos.

A mis hermanos los amo y siempre están ahí apoyándome

A Catalina Mendoza, Edder Castro, Elizabeth Torres, Angélica Escamilla, Angélica Maldonado y Claudia Estrada, el tiempo que pasamos juntos, su apoyo y amistad es invaluable, ¡gracias, los quiero!

A mi director de tesis el Doc. Vanegas, a mis revisores de tesis, el Doc. Muñiz y el Doc. Alejandro Moreno, mi más profundo agradecimiento por las enseñanzas.

TÍTULO:

“¿Quién soy? La pregunta sobre la femineidad
o la constitución de la identidad. Un caso de histeria femenina.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1 Anteproyecto De Reporte.....	6
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Objetivo General.....	10
1.3 Objetivos Específicos.....	10
1.4 Supuestos.....	11
1.5 Limitaciones y Delimitaciones.....	11
1.6 Justificación.....	12
Capítulo 2 Marco Teórico.....	13
2.1 Fundamentación Teórica.....	14

Capítulo 3 Metodología y Procedimiento	26
3.1 Metodología.....	27
3.2 Encuadre psicoanalítico.....	31
3.3 Técnicas y Estrategias de Intervención.....	34
Capítulo 4 Estudio De Caso Clínico	38
4.1 Historial Clínico.....	39
4.2 Estructura Subjetiva.....	42
4.3 Estructuración Edípica.....	51
4.4 Construcción del Caso.....	53
Capítulo 5 Conclusiones y Discusión	70
5.1 Síntesis de la Intervención Clínica.....	71
5.2 Discusión y Conclusiones Personales.....	72
Referencias Bibliográficas.....	75

RESUMEN

A través de este estudio de caso se pretenderá hacer un análisis psicodinámico del modo de identificación y la construcción de ser mujer en un caso de neurosis histérica, particularmente el modo de vinculación tanto edípica como lo cotidiano del sujeto en cuestión, su sintomatología y relación transferencial en el análisis.

Nuestro punto central será el concepto teórico de la identificación histérica como pilar en la constitución de la femineidad y sus consecuencias en el soma, en este caso en particular se presentaba frecuentemente un cuadro conversivo que le llevó a conflictos de índole sexual en sus relaciones de pareja.

Se expondrán muestras del trabajo teórico de algunos autores freudianos y post-freudianos que han investigado sobre el tema de la identidad, la sexualidad femenina, y la conversión histérica; así también se citaran fragmentos del discurso dado por la paciente en el dispositivo analítico para identificar los conflictos, los recursos y movimientos que fueron posibilitados por la intervención analítica, con el objetivo de ofrecer al lector un panorama de la problemática trabajada.

INTRODUCCIÓN

La temática abordada en el presente estudio de caso gira en torno al cuadro clínico de una neurosis histérica, especialmente como han sido sus identificaciones, más específicamente, cómo en su constructo de la femineidad se ha topado con un cuerpo anestesiado sexualmente vs una mente hipersexualizada; este conflicto es muy característico de la neurosis histérica, principalmente en estados conversivos, en donde la pulsión opera bajo la represión y a modo de retorno aparece reflejado en el cuerpo, como un *fantasma* que consigue aparecer en favor del cumplimiento del deseo, un deseo que conscientemente se mantiene insatisfecho llevando a la histérica a quejas continuas de su insatisfacción en sus relaciones con los demás.

En la clínica actual nos encontramos con una estructura histérica que se encuentra atrapada en un cuerpo femenino atravesado por la cultura y estigmas propios de su formación como mujer en esta, ante el orden fálico en el cual es educada parece la mujer no tener muchas opciones para identificarse, el padre le transmite la ley y ante ella también la exigencia del *tener* y del *ser* que la lleva ante un laberinto de cuestionamientos sobre lo que es ser mujer, lo que la lleva a buscar esta respuesta en otras mujeres con las cuales puede o no identificarse, sin llegar a una respuesta que le de lo que ella cree que necesita, por consecuencia se mantiene insatisfecha.

El estudio de caso aquí presentado está compuesto por cinco capítulos, en el transcurso de los cuales se trabajó tanto la teoría como la clínica y la articulación entre ambas en lo referente a la temática descrita anteriormente.

El primer capítulo trata acerca del planteamiento inicial que llevo a la investigación a irse articulando del modo en que ahora se expone, una breve reseña del concepto histórico de la histeria, así también se expone la temática principal del presente estudio de caso: la identidad histórica a partir de la femineidad como constructo, con intención de analizar las características edípicas de sus relaciones amorosas, la constitución de la identidad y los actos conversivos.

Por último se hace una justificación de las limitaciones y delimitaciones que se presentaron durante el análisis.

En el segundo capítulo se aborda la fundamentación teórica, es decir tendremos un acercamiento a la teoría de la identificación en la neurosis, al estudio psicodinámico de la conversión histórica y lo ligaremos a la pregunta fundamental de esta estructura ¿qué es una mujer?

El tercer capítulo se refiere a la metodología de la investigación utilizada, ahí se podrá encontrar el tipo de investigación, la estrategia metodológica, la modalidad de presentación, el método de estudio, los instrumentos, las constantes técnicas de la investigación, las herramientas activas así como las variables instrumentales manejadas.

En el cuarto capítulo se podrá encontrar de forma resumida el caso clínico, guardando la identidad de la paciente, contiene los elementos necesarios para la comprensión y análisis de este estudio de caso.

Se dividió en cuatro puntos para facilitar la lectura y comprensión, los puntos son:

- Historial clínico
- Estructura subjetiva
- Estructuración edípica
- Construcción del caso

En el historial clínico encontraremos los elementos básicos del sujeto en cuestión, su motivo de consulta, sus características personales, algunos fenómenos transferenciales suscitados en su análisis y un acercamiento al diagnóstico estructural.

Referente a la estructura subjetiva, podremos encontrarnos un enfoque importante de la historia de la sintomatología y de las relaciones interpersonal, principalmente a modo de división hablaremos de la relación con la madre, el padre, el novio, para poder dar lugar al siguiente punto.

La estructura edípica como su nombre ya lo refiere nos acercará a la trama vivida en la infancia del caso analizado, teniendo como referencia las relaciones identificatorias, los conflictos amorosos y la ambivalencia amor-odio con su familia.

Para finalizar el capítulo cuatro presentaremos la construcción del caso, es decir un conjugación entre teoría y técnica, iremos de la mano con la teoría y fragmentos del discurso del paciente que nos llevara a una comprensión más profunda del punto a analizar, nuevamente haremos una división basados en los objetivos del presente trabajo: la identidad, las relaciones edípicas y la conversión histérica.

Finalmente en el quinto capítulo es la síntesis clínica y las conclusiones finales, se ofrece perspectiva de las intervenciones clínicas y de los movimientos realizados a consecuencia de estas en la actualidad, así también a modo de cierre se hará una breve conclusión personal del presente trabajo.

A modo muy personal considero que el presente estudio de caso puede ser de ayuda a las siguientes investigaciones sobre la temática de la neurosis histérica, sin olvidar la individualidad del caso por caso, la estructura neurótica tiene tantas similitudes y los autores presentados en este trabajo aportaron puntos importantes en el tema de la constitución de la identidad y los estados conversivos. Así mismo espero que este estudio de caso sea de utilidad para quien se encuentre estudiando las estructuras neuróticas.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. ANTEPROYECTO DE REPORTE

1.1 ANTECEDENTES

La histeria ha sido tema central en el psicoanálisis incluso podemos asegurar que la histeria es la madre del psicoanálisis, ya que este nace del interés de Freud y sus maestros por escuchar el más allá del cuerpo sintomático, y de la histeria surgió el descubrimiento de los procesos inconscientes, sin embargo la histeria data de tiempos antes de Cristo, la historia de la histeria es tan fascinante y antigua que remota a los antiguos egipcios con un papiro descubierto en Kahoun en 1900 a. C. En lo poco que se conserva de este documento se refiere esencialmente a esta enfermedad denominándola “perturbaciones del útero”. Lo interesante es cómo la teoría diagnóstica, la descripción de los síntomas y la idea del tratamiento eran muy similares a las que se usaron en el siglo XIX.

” Del griego usterá (hystéra), que significa para Hipócrates, Aristóteles y demás autores griegos, "matriz". Pero usterá (hystéra) es además, y con igual derecho, el nominativo singular femenino y el nominativo-acusativo plural neutro del adjetivo usteró, usterá, usterón (hýsteros, hystéra hýsteron), que significa "el último, la última, lo último"(Arnal); razón por la que Hipócrates la consideraba una enfermedad exclusiva de las mujeres y que diagnosticaban socráticamente las comadronas.

Tenemos claramente documentado que la matriz se llamaba "madre" en la Edad Media. Un aforismo medieval decía que el hisopo (una hierba medicinal) ponía "la madre" en su lugar. "Las expresiones <sacar de madre> (=encolerizar), <salirse de madre> (se dice de los ríos, por supuesto, pero no sería extraño que se hubiesen cruzado las imágenes) y <desmadrarse> ("desmadrar" es quitarle las crías a la madre y "desmadrado" el que ha sido abandonado por la madre) son un buen cúmulo de elementos que dan lugar a conductas histéricas y que de alguna manera han debido contribuir a configurar el significado de histeria" (Arnal)

El supuesto popular recogido por Hipócrates indicaba al útero como causante del mal y se atribuía a Pitágoras la idea de que la matriz poseía cualidades propias de los animales, a saber, movimiento espontáneo y sensibilidad. De tal modo, el útero, insatisfecho en sus deseos genitales, atormentaba a su propietaria desplazándose por su interior: de allí que los tratamientos de la época recomendaran técnicas tales como la fricción seductora de la vagina o la aplicación local de aromas atrayentes a fin de persuadir a la paseandera víscera de retornar a su aristotélico lugar natural.

Posteriormente como escribe J. André "La mujer histérica sede su lugar a la poseída, a la bruja. Para los hombres de esa época ya no estamos ante una mujer enferma sino, como indicará más tarde Charcot, ante <una perversión del alma causada por la presencia del demonio y sus actuaciones.> Su compañero ya no es el médico si no el inquisidor." (1999, p. 19).

En la edad media se les llamo brujas o hechiceras y su castigo era ser quemadas para ser purificadas por el fuego, el fuego era atacado con fuego y sus intentos de calmar unas almas dominadas por el demonio y el pecado, evolucionaron a luego catalogarlas como enfermas que ameritan internamientos, ya que los síntomas conversivos eran lo más característico.

La conversión es un lenguaje corporal tan complejo como un sueño, un chiste un lapsus o cualquier otra forma del inconsciente, esto llevo a la medicina a ver su falta, su imposibilidad de “curar” estas enfermas, ya que estas no sanaban con medicina y en los estudios médicos todo parecía estar en orden, entonces surge la duda, ¿están enfermas de qué? Freud explica lo que en su momento la medicina no pudo explicar, de angustia, de sufrimiento de un pasado traumático ante ese deseo tan inconciliable, tan cargado de afecto, tan sexualizado que Freud pensará que todas esas histéricas habían sido víctimas de abuso sexual por parte de un adulto principalmente el padre, a lo que después cambiara de opinión con respecto a su teoría del trauma.

“La histeria podía - y puede - ser confundida con cualquier otra enfermedad porque imita todo, por ello, debe ser distinguida ante todo de la simulación.” (Ipar), basándonos en el supuesto de que todo diagnóstico está sustentado en un diagnóstico diferencial, si hablamos de simulación o imitación no cabe duda de

que Freud fue brillante en darle lugar a la identificación histérica, ya en el caso Dora este término fue mejor explicado y en el caso de la histeria esta identificación va de la mano con la pregunta ¿qué es una mujer?, ya característica de esta estructura desde Lacan y su relación con la triangulación edípica desde Freud, sin dejar a un lado lo complejo de los trastornos conversivos.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar la constitución de la identidad histérica a partir de la pregunta sobre la femineidad.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.3.1 Analizar las relaciones edípicas en un cuadro de histeria femenina

1.3.2 Analizar las implicaciones de la identificación histérica en la constitución de la identidad

1.3.3 Analizar la producción conversiva en un caso de histeria femenina

1.4 SUPUESTOS

1.4.1 La pregunta sobre la femineidad constituye la identidad en un cuadro de histeria femenina

1.4.2 La identidad y la constitución conversiva es producto de la triangulación edípica.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

En el caso de las neurosis principalmente la histeria podemos encontrarnos con múltiples síntomas, discursos y padecimientos, en este caso en particular la paciente muestra un histeria de conversión que no es tan común en la actualidad, donde las demandas incluyen más padecimientos de tipo insatisfacción personal, las llamadas depresiones y trastornos de ansiedad, la paciente llego con una imposibilidad para disfrutar su vida sexual, incluso refirió en broma que “nunca más tendría vida sexual ya que la terapia era muy lenta”, se estructuro un encuadre de dos sesiones por semana.

La paciente fue siempre puntual y cumplida haciendo referencia a que ella no era como los otros pacientes, posteriormente me pidió que le cambiara un día para poder seguir asistiendo dos veces por semana.

El método aplicado es la terapia psicoanalíticamente orientada, ya que por situaciones institucionales no hay diván, y la paciente no puede asistir más de dos veces por semana, por lo que no se puede hablar de psicoanálisis ortodoxo.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El estudio de este caso en particular despierta en mí la curiosidad sobre la histeria en tiempos modernos y me ha hecho reflexionar cómo la conversión histérica ha quedado solo como registro teórico para comprender como Freud llegó a tantos conceptos y explicaciones sobre el sujeto psíquico y la premisa de estar escindido, mi interés es llegar a la comprensión de cómo la pregunta histérica sobre ¿Qué es una mujer? se relaciona a la identificación histérica y de qué manera esto que se escucha constantemente en el discurso histérico puede llevar a estados conversivos y de insatisfacción explicados desde la triangulación edípica, me parece interesante precisamente por este movimiento en el discurso de la sexualidad genital en la cultura, sin embargo la sexualidad psíquica sigue siendo tan histérica como en la época Victoriana.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las aportaciones de Freud son numerosas y dejó puertas abiertas para que los que le siguieran no dejaran de profundizar en el estudio sobre la histeria, podríamos citar a muchos pero citaremos a los más destacados como Jacques lacan, Joel Dor, Juan David Nasio, Sergé André, entre otros, estos autores han seguido la línea de Freud y sus aportaciones son valiosas para este trabajo ya que se formularon distintas preguntas a las neurosis actuales.

La posición actual de la histeria, no es aquella mujer conversiva que Charcot mostraba a sus seguidores, la histeria ya no está reducida a un estado conversivo, incluso Freud ya lo planteaba “Yo llamaría histérica, sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominantemente sentimientos de displacer.” (p. 27) Es decir una insatisfacción, la histérica actual es más reconocida por su queja constante de que nada le es suficiente, nada le llena, nada la satisface, y aún más importante, la pregunta central que plantearía Jacques lacan en el discurso de la histérica y que en la clínica se hace escuchar: ¿Qué es una mujer?. Entonces ¿qué se dice de la histeria en la actualidad? Daremos una breve explicación de la histeria según Freud y otros autores y tomaremos tres conceptos en los que se basa esta investigación, principalmente, la pregunta histérica ¿Qué es una mujer? la identificación y la conversión histérica.

Es un hecho que la gran neurosis histérica, caracterizada por ataques y síntomas de conversión, ha sido reemplazada por nuevos síntomas que muestran nuevos malestares; sin embargo eso no quiere decir que la estructura histérica haya desaparecido, sino que la histeria tiene nuevas formas de manifestarse, es decir la estructura sigue siendo la misma, y los puntos claves de la problemática histérica siguen siendo *el deseo* y el pasaje del ser al tener, del tener y su correlato de no tenerlo, generando una queja.

Del encuentro de Freud quien decidió poner en juego su escucha con la queja histérica, nació el psicoanálisis, entonces la histérica es fundadora, pero a condición de descubrir luego su trampa, ya que está atrapada en su propio deseo insatisfecho. “expresar que un deseo permanece insatisfecho es, con todo, la mejor manera de probar que ese deseo existe...darse cuenta que ese deseo existe tal vez implique gozarlo, y satisfacer ese deseo tal vez signifique perderlo” (Lucien, 1974, p. 19-20)

Las mujeres o el continente negro tal como Freud llegó a nombrarlas son pilares en la teoría psicoanalítica, ya desde sus maestros se veía la importancia de escucharlas, si hay una aportación que haya influenciado a Freud es el término de histeria traumática de M. Charcot, abriendo así puertas al psicoanálisis, este término describe como una idea traumática entra en un estado de espera, es decir, un evento traumático se enquistaba en la psique pero no produce su efecto

inmediatamente, sino que permanece como un parásito antes de resurgir de forma violenta pasando un “tiempo de incubación”. Lo que posteriormente será llamado por Freud < Nachträglichkeit> o por los franceses <après-coup> y que desarrollara de forma muy clara en el caso Emma.

La frase célebre de Freud en 1893 “el histérico padece la mayor parte de reminiscencias” (p. 33) es decir las histéricas no solo recuerdan los dolorosos momentos que tuvieron en la infancia, sino que parecen adheridas a ellos. No se separan del pasado y eso les hace descuidar su vida presente. Esta fijación a los traumas patógenos permite afirmar que las lesiones corporales no son las causantes del horror, sino que con la vivencia que suscitan los afectos penosos se construyen fantasías, que pasaran a formar las reminiscencias neuróticas. En estudios sobre la histeria Breuer estudiaba la histeria con Freud y es el coautor de este texto. No hay ninguna duda acerca de la contribución del médico de Anna O; sin embargo difiere mucho de Freud, Breuer habla de estados de ensoñación diurna estados hipnoides o histeria hipnoide –Anna O. y su Teatro privado- así también habla de “purgarse” o mejor llamado por Breuer catarsis y bautizado por Anna O. como la talking cure y chimney sweeping.

Freud tomara el término catarsis, pero planteara una teoría diferente a la de Breuer, Freud en estudios sobre la histeria explica que el nexo entre el trauma y el síntoma no es tan simple, y consiste en un vínculo por así decir simbólico entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico.

Descubrió que los síntomas histéricos desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto que se encontraba desligado de la representación, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto, es decir traer a la conciencia los recuerdos reprimidos.

Freud expone uno de los casos más famosos de histeria en psicoanálisis, Elizabeth von R y descubre que sus padecimientos en ambas piernas estaban relacionadas a recuerdos, por ejemplo el recuerdo de su padre en la pierna derecha y en la izquierda a sus cuñados y su hermana muerta “no se estaba frente aún síntoma corporal único que se enlazara con múltiples complejos mnémicos psíquicos, sino a una multiplicidad de síntomas similares que al abordaje superficial parecían fusionados en un solo síntoma”.(1893, p.164-165)

La paciente presentaba una sensación de desvalimiento y declaraba tener la sensación de <no avanzar un paso> a esto Freud lo llama expresión simbólica “sostuvimos que mediante una simbolización así pueden generarse síntomas somáticos de la histeria”. (1893, p.167)

En el caso de Elizabeth ella tenía inclinaciones tiernas hacia su cuñado que su conciencia moral no soportaba, aunque la interpretación más bien sería “Elizabeth lo que ama no es a su cuñado, sino el deseo que su cuñado tiene por su hermana.” (André S.1995, p.128).

Entonces cuando su hermana muere pensó Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa y crea una defensa frente a una representación inconciliable; la conversión, de una excitación psíquica a lo corporal “había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio dolores corporales... conversión a lo somático.” (Freud, 1893, p. 171).

Nasio escribe sobre la relación entre sexualidad y conversión en la histeria “la sexualidad del histérico es esencialmente una sexualidad infantil...los síntomas de la conversión han de ser tenidos por equivalentes corporales de satisfacción masturbatorias infantiles” (1998, p. 33), siempre que hablamos de sexualidad en psicoanálisis hablamos de estados de tensión, Freud en el proyecto de psicología para neurólogos ya hablaba de los estados de tensión, Nasio les llama estados de deseo y explica que intentan tener una descarga ya que ésta es la naturaleza de la pulsión y por otro lado está la represión haciendo presión para que no haya la descarga de la tensión, en la neurosis no habrá ninguna solución más que soluciones de compromiso, se plantea que hay un fracaso de la represión que lleva a la conversión en el caso de la histeria, es decir la tensión pasa de una idea intolerable a un sufrimiento corporal, en pocas palabras un estado psíquico pasa a un estado somático.

Para Freud se trataba más bien de un acto voluntario en la conciencia de querer olvidar un evento o pensamiento que para el sujeto resultaba inconciliable, por

esto le llamaría histeria de defensa, según Freud la histérica se defendía de un recuerdo sobre una vivencia sexual, por lo cual hacían intentos muy forzados por no recordarlo más “ahuyentar” {fortschieben, <empujar lejos>} de no pensar en ello, de sofocarlo, fallando en el intento, provocando actos histéricos y diversas reacciones patológicas. A lo más que se aproxima el sujeto en su intento de olvidar es a convertir una representación intensa en una débil, la defensa frente a la representación inconciliable acontecía mediante el divorcio entre ella y su afecto. Dando por resultado principalmente estados conversivos.

Según Freud en neuropsicosis de defensa de 1894 “La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero a cambio ha echado sobre si el lastre de un símbolo mnémico” (p. 51) el cuerpo o más bien el área del cuerpo que padece la conversión carga sobre de si la catexis de la huella mnémica reprimida, ocasionando “mentes erotizadas en cuerpos anestesiados.” (Cavedio, p. 42)

En el proyecto de psicología para neurólogos de 1895 Freud escribe que las compulsiones histéricas son debido a representaciones hiperintensas “Con la emergencia de la representación hiperintensa se conectan unas consecuencias que, por un lado, no se pueden sofocar y, por el otro, no se pueden comprender: desprendimiento de afecto, inervaciones motrices, impedimento.” (p. 395).

Freud describe a las representaciones hiperintensas de los histéricos como incomprensibles porque es una representación reprimida que fue sustituida por otra menos insoportable o totalmente soportable, esto lleva a que en el discurso llore por algo que aparenta no tener una razón lógica incluso el mismo paciente refiere no saber a causa de que siente ganas de llorar y si logra unirlo a un objeto representacional, siempre resulta no tener ningún sentido lógico aparente, es decir es incomprensible hasta para el propio sujeto, aquí el símbolo ha sustituido por completo a la causa original “ Nos parecen como unos advenedizos, unos usurpadores y por ende unas ridiculeces.

La compulsión histérica es, entonces: 1) incomprensible, 2) insoluble mediante trabajo de pensar, 3) incongruente en su ensambladura.” (p. 395)

Tal sustitución simbólica de una representación por otra menos insoportable corresponde a la represión por efecto displacentero y al desplazamiento tal como el que Freud describe en el sueño por tanto, un proceso primario.

Freud continuo con el estudio de la histeria y en 1937 en una carta dirigida a W. Fliess declara “ya no creo en mi neurótica” refiriéndose a las histéricas, abandona la teoría del trauma pero continua teorizando la histeria y su relación con la sexualidad.

En el famoso caso Dora en 1901 en un texto llamado Fragmento de análisis de un caso de histeria, Freud escribe sobre uno de los hallazgos más importantes del

psicoanálisis la identificación histórica, Dora padecía de síntomas somáticos muy simples pero no por ello menos significativos o más bien simbólicos.

Dora llega a Freud aquejada de tos y afonía, ella a sus ocho años ya presentaba síntomas neuróticos, según palabras de ella su hermano que era año y medio mayor primero contraía la enfermedad y después ella le seguía con manifestaciones más graves, a sus dieciséis años ya presentaba tos nerviosa y migrañas, pero a sus dieciocho la tos podía durarle semanas y su síntoma más molesto era su afonía

Freud relata “Cierta día se quejó de un supuesto nuevo síntoma, unos lacerantes dolores de estómago, y yo di en lo justo preguntándole: < ¿A quién copia usted con eso?>. El día anterior había visitado a sus primas. La más joven había formalizado un noviazgo, y con esa ocasión la mayor contrajo unos dolores de estómago.” (1905, p. 35)

“-el yo y el objeto- entran en una relación de identificación: dar un nombre al proceso inconsciente realizado por el yo cuando este se transforma en un aspecto del objeto.”(Nasio, 1988, p. 138)

Para Lacan la identificación significa que la cosa con la cual el yo se identifica es la causa del yo, el representante de la identificación no es el yo sino el objeto.

“La hermana que fascina a Elizabeth de la misma manera en que la señora K. fascina a Dora, representa para ellas más que una identificación: vale como la

encarnación misma de la feminidad que había hasta entonces experimentado como debilidad o impotencia.”(André S. 1995, p. 127)

A lo largo del texto Freud demuestra que las enfermedades de ella demostraban su amor por el señor K., así como la mujer de este le demostraba su aversión. Solo hacía falta suponer que se había comportado a la inversa que la mujer: enfermaba cuando él estaba ausente, y sanaba tras su regreso. La afonía de Dora admitía entonces la siguiente interpretación simbólica: cuando el amado estaba lejos, ella podía hablar con él. En cambio, la escritura cobraba importancia como el único medio por el cual podía tratar con el ausente y la fantasía referida a una situación sexual que estaba en la base de su tos, “ella ocupaba en esa fantasía el lugar de la señora K., por tanto, se identificaba con las dos mujeres amadas por el padre: con la que amaba ahora y con la que habría amado antes.” (1905, p. 50).

Podríamos describir en cuatro categorías los tipos de identificación según Freud.

1. Identificación parcial con el rasgo del objeto:

Freud denomina <identificación regresiva>: “el yo establece primero un lazo con el objeto, se separa de él, se repliega, regresa y se disuelve en las huellas simbólicas de aquello que ya no está” (Nasio, 1988, p. 146-147). Como por ejemplo una mirada, una sonrisa, el timbre de voz, y este rasgo se reproduce en

cada encuentro con un objeto amado y perdido durante el tiempo de una vida y sus relaciones objetales.

2. Identificación parcial con la imagen global del objeto.

En este tipo de identificación nos encontramos que el yo no se identifica con un rasgo del objeto amado y perdido si no con una imagen de este, el yo se identificó con el aspecto-imagen global del objeto amado como en el caso de la melancolía, Freud en 1915 lo resume en una maravillosa frase “ la sombra del objeto cae sobre el yo”, su fundamento es el narcisismo, el yo recubre libidinalmente al objeto, se refleja en él y se ama a sí mismo, al perderlo cae sobre el yo y toma los rasgos del objeto investidos como propios.

3. Identificación parcial con la imagen local del objeto.

El yo se identificó con el aspecto-imagen local del mismo objeto amado y perdido como en el caso de la histeria, es a lo que lacan llamaría después identificación imaginaria, es decir el sujeto histérico se identifica con la imagen del otro o más exactamente con la imagen de la parte sexual genital del otro, como si el sujeto histérico focalizara su yo en la imagen de la parte genital del otro anulando el resto del cuerpo, o al revés, se focaliza el yo en todo el cuerpo erotizándolo y anulando la imagen del área genital como si una mancha blanca le sustituyera.

4. Identificación parcial con el objeto en tanto emoción.

Esta identificación se ejemplifica mejor en la histeria, Freud ya en 1895 comparaba el ataque histérico con el orgasmo, es decir con la emoción fantaseada de la unión del hombre y la mujer o para ser más específico al goce del orgasmo, en este caso no podemos comparar la palabra objeto a representación inconsciente como lo habíamos hecho hasta el momento, porque en psicoanálisis no hay representación inconsciente del goce sexual, por lo tanto el yo va directo al lugar de un agujero, a la falta, por consecuencia la histérica siempre en lo referente a las relaciones entre partenaires esta insatisfecha.

Si hablamos del objeto en la identificación histérica tendríamos que hablar de identificaciones parciales y citando a Nasio “el objeto no es la mujer amada, ni el hombre amante, ni tampoco su común emoción sexual, sino todo ellos conjunta y simultáneamente. En una palabra, el objeto central del deseo de la histérica no es un objeto determinado sino la relación, el intervalo que une a ambos partenaires de la pareja fantasmada.” (1996, p.152)

Es muy significativa la posición identificatoria en la histérica no podemos ignorar que el histérico tiende a colocarse como algo de poco valor, poco inteligente, no tiene nada, no puede nada. “La otra mujer” es la que puede, por tanto ella se disfrazara con una máscara de potencialidad masculina, por eso dice lacan que en el caso de la histeria siempre hay que buscar a “la Otra mujer”, la que tiene las

respuestas del enigma que supone para ella el sexo y el deseo femenino, es decir ¿Qué es una mujer?.

Pero desde la máscara la histérica es muy vulnerable, porque coloca a los otros en posición de preguntarle qué es lo que ella quiere, provocando caídas estrepitosas que la dejan nuevamente interrogándose o envidiosa del falo que cree que otros tienen. Y que al no poder contestarse ni contestar al otro dice Laura Cevedio “Se siente ultrajada, rechazada, manipulada, cuando después de su gran trabajo es denunciada como mentirosa. Aparece entonces con la máscara de una feminidad ingenua, tonta, castrada, opaca, sin vida, para volver a resurgir como castradora, es decir temida, violenta, capaz de defender la masculinidad que ella puede representar.” (p. 67)

Una histérica puede identificarse con otra mujer si se supone que esta conoce la respuesta al enigma del deseo, el histérico se pregunta ¿Cómo desear cuando se está privado de aquello a lo cual se tiene derecho?

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 METODOLOGÍA

Partiendo desde el inicio, “el término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación” (Taylor y Bogdan, 2000). Esto implica que, antes de iniciar una investigación, primero tenemos que definir los objetivos de la misma, es decir, qué es lo que queremos obtener a través de su realización, así como la perspectiva desde la cual abordaremos los procesos.

Como parte de la intervención psicoanalítica, la metodología que se utiliza tanto para la recopilación como para la presentación de datos, es la cualitativa, la cual “consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos” (Martínez, 2006). Es por eso que, una característica que distingue a la metodología cualitativa de otros tipos de investigación es que en esta, “el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan” (Taylor y Bogdan, 2000).

Por otra parte, su objetivo es, en lugar de medir efectos en las variables a partir de la manipulación de otras (investigación cuantitativa), recopilar datos a partir de la observación del sujeto en un determinado ambiente. Es así como, al hablar de investigaciones cualitativas, estamos haciendo referencia a aquellos estudios que “intentan describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos (con el fin de generar y perfeccionar categorías conceptuales, descubrir y validar asociaciones entre fenómenos o comparar los constructos y postulados generados a partir de fenómenos observados en distintos contextos), así como el descubrimiento de relaciones causales” (Quecedo y Castaño, 2002). Por lo tanto, la finalidad de este tipo de investigaciones, será el poder aportar o reafirmar teorías a partir de los elementos que sean recopilados en su desarrollo.

En otro punto, el aporte a dichas investigaciones parte de la realización de Estudios de Caso. De manera general, “el método de Estudio de Caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (Yin, 1989). Pero, siguiendo la línea de la práctica psicoanalítica, Michels (1998) define el Estudio de Caso como una interpretación que “debería ser una narrativa de lo sucedido ilustrado con viñetas más que con iteraciones textuales, que no obstante ponen atención a detalles minúsculos e incluyen diálogos literales. Debe dar cuenta del analista, del proceso

psicoanalítico, la audiencia y de las intenciones del analista al escribir el reporte del caso”.

Esto deja en claro la diferencia existente entre este tipo de investigaciones y otras que se realizan en el campo de la ciencia; debido a que el sello de las investigaciones en psicoanálisis es la elaboración y presentación de Estudios de Caso en los cuales, a través de una revisión de la teoría en base a un caso trabajado psicoanalíticamente, se pueden generar nuevos aportes o confirmaciones a las teorías ya existentes.

Por lo tanto, y siguiendo la línea del trabajo que se realiza en la práctica clínica con un enfoque psicoanalítico, cabe mencionar que para que esta tarea pueda ser conducida de manera satisfactoria, existen varios elementos correspondientes al modelo psicoanalítico los cuales se deben tomar como punto de partida en toda intervención. Estos comprenden el dispositivo analítico (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia), el encuadre analítico (horarios, frecuencias por semana, tiempo de la sesión, honorarios, posición), y el proceso analítico (transferencia, resistencia, elaboración e intervención); mismos que serán definidos a continuación tomando como referencia el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996).

3.1 Dispositivo analítico. (Invariables del método)

3.1.1 Asociación libre. Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea.

3.1.2 Atención Flotante. Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.

3.1.3 Neutralidad. Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones

transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

3.1.4 Abstinencia. Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

3.2 Encuadre Psicoanalítico. (Variables instrumentales en relación al presente Estudio de Caso).

- Horarios. Lunes y Miércoles.
- Frecuencias por semana. Dos sesiones por semana.
- Tiempo de la sesión. 45 minutos.

- Honorarios. \$70.00 por sesión.
- Posición. Cara a cara.

3.2.1 Proceso analítico. (Producto del dispositivo y encuadre)

- **Transferencia.** Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.
- **Resistencia.** Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.
- **Elaboración.** Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las

excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola.

- Intervención. Se refiere a las conductas, verbales o no verbales, de parte del analista en respuesta al discurso del paciente. Las intervenciones se realizan dentro del proceso analítico con la finalidad de llegar al inconsciente del analizado.

En base a lo anterior, y más que tomarlo como un instrumento, vemos que este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico mismo que, desde esta perspectiva, producen la información como resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico. Por lo tanto, los procedimientos llevados a cabo tienen como objetivo describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica. Es por eso que, para estos fines, se han establecido los siguientes elementos:

- Método de la asociación libre: que la paciente hable de todo lo que se le ocurra apegándose a la regla de asociación libre, antes descrita.

- Formas de intervención: señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.
- Frecuencias por semana: dos sesiones por semana.
- Honorarios: \$70.00 por sesión.
- Tiempo: 45 minutos.
- Condiciones institucionales: proceso realizado cara a cara, dentro de un cubículo, ubicado en el segundo piso de la Unidad de Servicios Psicológicos. Se buscó que fuera el mismo cubículo para ambas sesiones cuidando, en la medida de lo posible, cambio alguno.

3.3 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas o estrategias de intervención son instrumentos operativos a través de los cuales el terapeuta accede al discurso del paciente y con ello a actualizar la historia del individuo. Éstas tienen un carácter eminentemente instrumental, ya que por estos medios se obtendrá la información que será la base de la intervención clínica, y se producen en el interior del proceso analítico por lo que se requiere, previo a su aplicación, que sean sustentados con base al propio discurso del paciente que es el que les da eficacia y sentido en la intervención clínica.

Entre las técnicas y estrategias utilizadas en la intervención analítica se encuentran:

3.3.1 Instrumentos para recabar información.

- Ficha de identificación. Proporciona los datos del paciente tales como: nombre, edad, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, entre otros.
- Discurso del paciente. Asociación libre.
- Viñeta clínica. Registro anecdótico de cada sesión de análisis. Ésta sirve para retomar elementos que se expondrán en el Estudio de Caso (contenido lo más apegado posible al discurso del que se relacionará con la teoría).
- Preguntas sobre datos específicos. Surgen cuando queda alguna duda respecto al discurso, o no se tiene la suficiente información al respecto, y se pregunta para clarificar la situación que nos está narrando el paciente.

3.3.2 Instrumentos de concientización.

- Interpretación. Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.
- Señalamientos. Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información. (Etchegoyen, 1986).
- Confrontación. Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas. (Etchegoyen, 1986).

- Construcción. Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

La paciente es una mujer joven de 26 años, de estatura alta de complexión delgada, de tez blanca, cabello rubio, de edad aparente igual a la cronológica, profesionista, emprendedora, exitosa, se expresa con propiedad en las primeras sesiones, posteriormente utilizaba mucho las palabras altisonantes, principalmente cuando el tema era el sexo a modo de broma o cuando algo le molestaba en tono de ofensa. Durante nuestro trabajo en ocasiones la llamare G por cuestiones de redacción.

Ella acude a la unidad de servicios psicológicos de la facultad de psicología de la UANL solicitando atención psicológica la paciente mostraba un cuadro conversivo en el área genital, no podía tener relaciones sexuales porque presentaba mucho dolor, así mismo un trastorno psicossomático de múltiples infecciones vaginales que sanaban con antibióticos y posteriormente regresaban, dolor en la vejiga a lo que ella llama “vejiga nerviosa” ya que presentaba el dolor cuando algo “le estresaba o le daba culpa”, la paciente toma la decisión de buscar ayuda psicológica ya que había visitado mucho médicos, ginecólogos e incluso medicina alternativa, en una de estas consultas una mujer que trabajaba con una técnica de imanes le dice “lo tuyo es psicológico, traumas de la infancia, busca ayuda”, esto

resulta por no presentar mejoría con ningún tratamiento.

Al principio la actitud frente a su análisis era de dudas respecto a que si realmente con terapia psicológica mejoraría su condición ya que en la dinámica familiar los especialistas médicos tienen un alto estatus y cada miembro de la familia tiene un médico especialista para cada una de sus necesidades. Se interrogaba sobre sus síntomas y como ningún médico le podía quitar sus malestares, aún con sus dudas era muy puntual y nunca faltaba a sus citas, actualmente sigue siéndolo y falta cuando tiene un viaje por ir a visitar a su actual pareja, el cual ejerce la medicina en otro estado de México, o por cuestiones de trabajo.

Actualmente es estudiante de Maestría vive en un departamento compartido con otras mujeres, tiene su propio negocio, anteriormente vivía con otra pareja en una relación difícil otra de las razones que la llevo a buscar ayuda psicológica debido a que no podía tener relaciones sexuales con él porque sentía dolor, en las primeras sesiones decía que él a quien llamaremos P era muy lindo, porque P no le decía nada, le tenía paciencia con sus síntomas y en su negativa a tener sexo con él, además refiere fue muy comprensivo cuando a la paciente le diagnosticaron síndrome del papiloma humano, posteriormente lo comenzó a devaluar a llamar pendejo, inútil y mediocre, al cabo de unos meses de análisis terminó la relación. Posteriormente comenzó una relación con un sujeto al que llamaremos D, con el cual sí podía tener relaciones sexuales sin dolor y decía estar muy feliz, en una sesión llega y comienza a devaluarlo refiriendo que D

“no podía ser el padre de sus hijos” es decir, no podía mantener una relación formal con D como él se lo pedía porque para ella D era una “verga pública” ya que el chico según la paciente” había tenido sexo con todas las mujeres de monterrey” y termina la relación de noviazgo pero siguieron teniendo contacto ya que la paciente refería que D “si sabe tocarla y que le encanta como él le pone atención”. Actualmente tiene una relación con un médico traumatólogo al cual llamaremos L, es bastante notorio que con L si puede tener una vida sexual satisfactoria y que la paciente está consciente que con L, ella le cumple a sus padres el deseo de que tenga un matrimonio con un médico, ya que los médicos en su familia tienen un lugar importante y que a su vez L tiene una situación económica bastante desahogada y viene de una familia de estatus alto, todo esto parece darle a la paciente una tranquilidad que se desquebraja cuando piensa que él por su condición de médico no podrá ponerle la atención que ella necesita, que D si le puede dar y que con P tenía en exceso.

En base al trabajo analítico que lleva cerca de dos años ha tenido muchos movimientos en sus relaciones de pareja como se ha explicado con anterioridad y en las últimas sesiones se ha trabajado la identificación y el concepto devaluado que tiene sobre las mujeres y la dinámica de relación que tiene con los hombres.

Se diagnostica como una estructura de personalidad neurótica con un trastorno de personalidad de orden histérico. Se observa que tiene recursos yoicos y mecanismos de defensa avanzados.

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

Sus padres viven juntos tiene una hermana mayor de aproximadamente 30 años soltera y dos hermanos gemelos solteros, menores que ella de aproximadamente 21 años, los tres aún viven con sus padres, viven una situación económica muy estable, como pareja la paciente no refiere que sus padres tengan problemas fuertes, sin embargo el padre es muy estricto, muy devaluador tanto con su esposa como con sus hijos, según refiere que a su hermana mayor le dice gitana o naca porque ella no estudia y escucha música que a él no le gusta, a sus hijos varones les dice inútiles y a su esposa le llama pendeja cuando esta comete un error, la paciente decide salirse de casa de sus padres a la edad de 17 años a estudiar en el extranjero, a partir de ahí, regresaba estudiaba y se iba otra vez, ya fuera a vivir con alguien o de estudiante al extranjero, refiriendo que ya no quiso regresar a su casa por la situación hostil con su familia, por un lado la envidia y enojo de los hermanos por ser ella la consentida del padre y por otro el no soportar a su padre cuando este se ponía devaluador , refiere que desde su infancia siempre fue la consentida del padre, este le dice que ella “es una chingona, hermosa, rubia, perfecta, princesa y virgen” así como otras cualidades.

Cuenta que en su infancia aproximadamente a los 8 o 9 años fue abusada sexualmente de un primo de aproximadamente 15 años, sobrino de su madre, en ese momento ella no entendía con exactitud que estaba pasando solo recuerda que el primo le decía que le iba a dar un regalo si se dejaba tocar y ella aceptaba,

el primo la llevaba a la tiendas de juguetes y le hacía bonitos regalos y al llegar a la adolescencia lo ve de otra manera y comienza a sentir mucho odio hacia su madre, culpándola de que no la cuidó, habla con ella y le confiesa todo lo que pasó con el primo, a lo que la madre reacciona con mucho sufrimiento pero siguió en contacto con su hermana madre del primo y la llevaba a casa de esta a visitarla, esto aumenta el odio que sentía por su madre e imaginaba que le diría a su padre para que este castigara a su madre, sin embargo nunca se lo ha dicho a su padre porque dice que ella siempre fantasea que este podría matar al primo, junto a este evento tiene un recuerdo de su infancia en el que está en su colegio, un colegio católico y que las monjas eran muy estrictas y decían las cosas de forma muy ruda, refiere que en su primera comunión una monja les dijo “si han hecho algo que les de culpa o que hayan hecho mal, hoy es el día. Confiésenle al sacerdote” en ese momento ella piensa en lo que pasaba con el primo y le da un sentimiento de culpa por sospechar que algo no estaba bien, le confiesa al sacerdote el cual le confirma que efectivamente eso era un pecado y la envía a rezar.

La paciente en la sesión en la que habla sobre este tema dice que es algo ya superado y que no está ahí para solucionar eso porque ella anteriormente había ido a una terapia de ángeles y ahí lloró lo que tenía que llorar, en la actualidad ya ha trabajado ese tema con más detalles subjetivos y menos resistencias.

Otro recuerdo que es de importancia para nuestra investigación clínica es en relación a su abuela materna, la paciente refiere que su abuela materna era una mujer exitosa, pianista que tocaba en conciertos y su futuro era prometedor, estando soltera se embarazó y su carrera como pianista decayó, este evento parece marcar a las mujeres de su descendencia ya que hubo muchas nietas que han “salido embarazadas” y según la paciente eso sigue vigente con dos de sus primas actualmente, de este evento la paciente dice que tiene mucho miedo a fracasar su carrera embarazándose y al mismo tiempo desea mucho ser madre, ocasionándole un conflicto interno y con sus parejas, siempre evaluando si podrían ser buenos padres, si toman alcohol o consumen drogas dice que no puede ser el padre de sus hijos porque no los va a cuidar a si como no la cuidaron a ella, a pesar de que su padre no toma alcohol ni se droga.

En la dinámica subjetiva de la paciente que exponemos en este trabajo clínico voy a desarrollar la relación de la paciente con 3 de las figuras más significativas, su padre, su madre y su novio actual. Exponiendo las características de personalidad así como los tipos de vinculación entre las mismas.

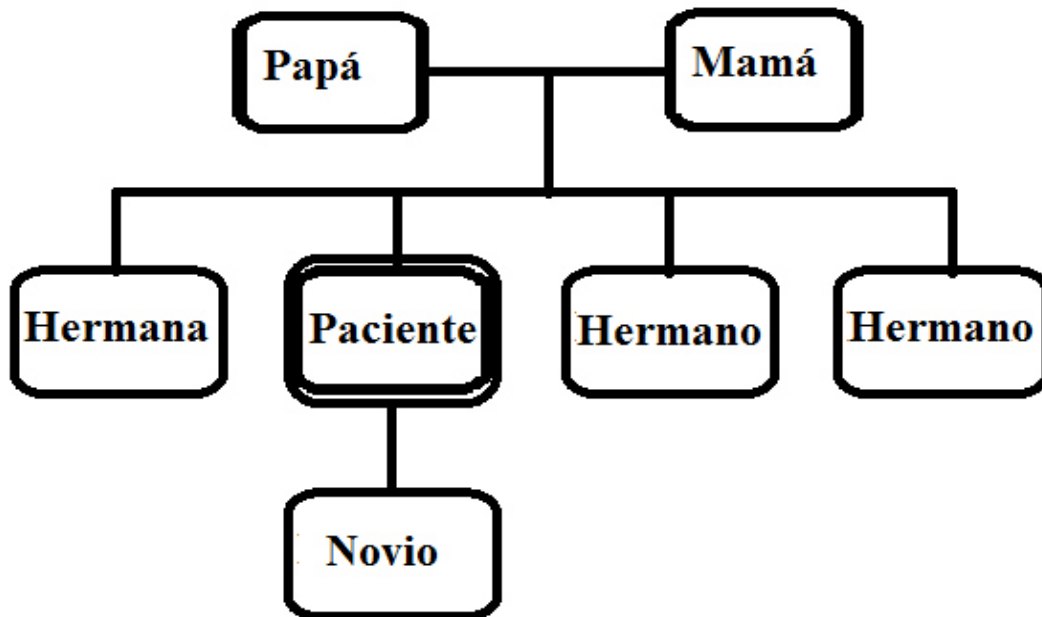


fig. 1 Mapa Genealógico

4.2.1 La Madre.

La madre de la paciente es constantemente mencionada en la sesiones de forma muy ambivalente, principalmente la describe como una mujer hermosa, que según su padre solo sabe ser hermosa, estudió secretariado y trabajó en el despacho del

que actualmente es su esposo, así también dice de ella que es muy pasiva, dependiente, poco inteligente y con escasos conocimientos, una mujer que se dedica al cien por ciento a sus hijos, a su casa y su marido, en ocasiones dice que es su amiga y tienen muy buenos momentos, incluso cuando la paciente ha tenido un problema en quien primero piensa es en su madre y le habla por teléfono.

La paciente dice recordar que cuando su madre estaba embarazada de sus hermanos y le diagnostican preclamsia lo cual le imposibilita de cuidar a sus hijas, por lo que tiene que hacerse cargo de sí misma, y a partir de ahí dice no haber necesitado más de su mamá, a consecuencia se inscribió sola en la secundaria y prepa, si había necesidad de firmar una boleta ella firmaba a nombre de su madre para no molestarla, entre otras cosas. Después de confesarle los abusos sexuales del primo, “le agarro mucho odio a su madre”, por culparla, y en algunas sesiones dice que es su mejor amiga y que se quiere tatuar a su hermosa madre en un brazo y en otras dice, “mi mamá no me cuidó bien”, el amor y el odio son muy notables, sin embargo su relación es armoniosa, mas como amigas que como madre e hija, su madre le cuenta intimidades de su vida marital con el padre de la paciente, como por ejemplo que ya no tienen sexo, por una cirugía en el corazón que le realizaron a su padre hace unos años y como secuela tiene impotencia sexual.

En general la figura materna está muy devaluada y esto tiene implicaciones en su relación con otras mujeres, en general para ella todas las mujeres, son tontas, dependientes y débiles, lo cual le causa asco y repulsión, intentando mantenerse fuerte siempre para no parecer una mujer débil y sumisa como su madre.

4.2.2 El Padre

El padre juega un papel muy importante en la subjetividad de la paciente, ella es su consentida, desde que ella tiene memoria siempre le dio un lugar privilegiado por sobre los otros hermanos incluso sobre su madre, al igual que con su madre tiene una relación de amor-odio, habla de él como un hombre inteligente, estricto, devaluador, grosero, impotente, en ocasiones dice creer que es autista, ya que parece ser muy insensible al hacer sus comentarios devaluadores como decirles a sus hijos y a su esposa pendejos, inútiles o criticarlos, el padre tiene una alta estima a los médicos y tiende a devaluar otro tipo de actividades o trabajos como los relacionados con la música, las artes y los psicólogos, dice que aunque su padre devalúe a los psicólogos ella hace lo que quiere y se siente muy a gusto viniendo a sesión; su actual pareja es médico lo que ha sido motivo de análisis en muchas sesiones ya que le hace pensar que es por “cumplirle el deseo al padre”; la paciente recuerda que su padre le encargaba la administración de los gastos escolares y de algunos recibos de la casa desde que ella estaba en la primaria,

cuando salían de compras a McAllen el padre le daba más dinero a ella que a sus hermanos y si le hacía una lista de lo que iba a comprar le premiaba con más dinero, al inicio de sus sesiones el padre se hacía cargo de muchos de sus gastos incluyendo el pago de sus sesiones, posteriormente decidió que ella pagaría sus sesiones, ya que no quería que su padre le diera dinero, porque implicaba tener que aguantar sus quejas de “gastar mucho dinero en sus hijos inútiles”; para ella siempre fue importante complacer a su padre, lo que en ocasiones la llevaba a logros muy exigentes como tener un cien de calificación total al terminar la primaria, por mantener puros cienes y excelente conducta, desde pequeña el padre la trataba como “una niña rosa” según la paciente su padre siempre le ha dicho que ella es la princesa, rubia, perfecta, inteligente, hermosa y virgen” agregándole siempre nuevos atributos, lo que en las primeras sesiones comentaba como algo de presumir, actualmente lo menciona como “una carga”, como algo que no puede ser y que sin embargo quisiera ser para complacer a su padre, en otras ocasiones dice tajantemente “yo no soy la virgen perfecta que dice papa y no lo quiero ser”; es evidente que aunque la relación parezca ser muy buena en ocasiones y en otra muy hostil, la figura del padre esta devaluada, insiste mucho en que su padre es impotente.

4.2.3 El Novio

Es importante mencionar las dos anteriores relaciones que tuvo entre el rompimiento que tuvo con L y su retorno con él, ya que siguen presentes en el discurso de la paciente, hace unos años mantuvo una relación con L cuando ella era estudiante de universidad, en la primera sesión habla de él como un hombre al que no amaba y con el que le gustaba tener sexo, porque era muy “animalesco” sin embargo ella le pide matrimonio antes de un viaje de intercambio a Argentina y este se despide de forma muy fría y se va alejando poco a poco de ella hasta que ella le reclama y termina la relación, después conoce a P con quien se desenvuelve toda la problemática de la conversión e insatisfacción sexual, P es un hombre sencillo adicto a la marihuana y con sueños sin cumplir, como tener una banda de rock, habla de él al principio de las sesiones como un hombre maravilloso, súper atento, siempre pendiente, paciente y que no le exige que tengan sexo, ya que no puede y que lo único que no le gusta es que si ella no contesta el teléfono, él le marca y cuelga hasta que conteste, porque inmediatamente él piensa que está muerta. Al pasar el tiempo comienza a devaluarlo, a decir que él es un “mariguano, pasivo, que todo le vale verga, que le faltan tamaños” y decide dejarlo al comenzar su maestría con la fantasía constante de que él se destruiría; después comienza una relación con D, del cual empieza diciendo que “tiene una verga muy grande y sabe tocar a una mujer”, con el retoma su vida sexual y dice disfrutarla mucho sin dolor; sin embargo la relación

no duro mucho tiempo ya que él decide pedirle matrimonio y ella inmediatamente dice que él no podría ser un buen padre para sus hijos porque es una “verga publica que se ha cogido a todo monterrey” y es “un drogadicto que no vale verga”, porque es un fracasado y termina con la relación por regresar con L.

Actualmente sigue en su relación con L, el cual tiene una madre exitosa profesionista y que dice admirar mucho porque “es la mujer ideal”, es su ejemplo a seguir y desea profundamente ser como ella, tener éxito, hijos, una casa grande y ser hermosa, de L dice que es un hombre de “muchos huevos” y que sabe que “él no le va andar rogando si ella decide dejarlo otra vez”, así también está consciente de que él es más deseado de sus padres y que ella si lo ama pero a veces piensa que él es lo que sus padres quieren para ella, ya que ella necesita más un hombre como D que sabe tocar una mujer y que le pone la atención que desea, algo que L no le da por estar siempre sobre su trabajo, esto la lleva a en ocasiones buscar a D cuando siente que L no le ha puesto atención, por lo tanto está en una constante queja del futuro y a veces dice “querer mandarlo a la verga” por miedo a que él no este cuando lo necesite o cuando sus hijos la necesiten y prefiere irse a otro país a estudiar un doctorado de 5 años.

4.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

La trama edípica de la paciente en su infancia es vivida en relación a una madre que es vista por el padre como una mujer que no sirve para otra cosa más que para “ser bonita y ya”, donde la historia familiar de las mujeres es de mujeres devaluadas, ya que según la paciente el padre habla de su propia madre como “una mujer que cocinaba rico” y la abuela materna se embaraza y se convierte en palabras de la paciente en “una fracasada”, ella lucha por no ser una niña bonita y ya, intenta complacer al padre con excelentes calificaciones, ayudándole en las cuentas y control de los gastos.

El padre siempre se ha referido a la paciente como una “niña rosa, hermosa e inteligente” sin embargo el padre en relación al trato es distante, frío, siempre dedicado a su trabajo y muy intolerante a los errores cometidos por sus hijos, la paciente se convierte en una hija modelo, siempre atenta a las demandas del padre y de rivalidad con la madre.

Según Nasio hay un tiempo preedípico en la mujer en donde la niña siente un profundo amor por su madre, el cual en realidad no se desvanece, la paciente refiere que su madre es la mujer más hermosa del mundo y la ama, es su amiga y le encantaría ponerse un tatuaje de ella, posteriormente hay una devaluación a la madre por verla desposeída del falo, la rechaza y de este modo entra en el Edipo, al sentirse desprovista del pene al igual que la madre, busca consuelo en el padre,

y toma una posición de desear complacer al padre, desea ser su preferida esperando que este le dé el falo y desea poseer al padre, la paciente describe esto con mucha claridad, cuando declara que ella siempre fue la favorita de su padre, no sin que este le pidiera “ la perfección”.

Nasio explica que el padre le rechaza y le niega el falo o su potencial porque le pertenece a su madre, ella se siente sola y humillada y entonces quiere ser como él y se identifica con la masculinidad para no renunciar a él, en el caso de la paciente ella dice ser como su padre aunque a veces eso le molesta, ya que él es muy despectivo con las personas y ella tiende a devaluar mucho a las mujeres, por pensar que no pueden realizar muchas cosas y desprecia su condición femenina.

Actualmente su relación con las mujeres es muy escasa a menos que las vea con mucho potencial, poder independencia y tiende a tener muchas amistades de mujeres homosexuales ya que dice que “ellas si tienen pene”, en su relación con los hombres si el sujeto es un hombre de éxito busca su aprobación y se refiere a ellos como “tiene 3 kilos de verga” si es un hombre de bajo estatus económico o con pocas probabilidades de éxito, tiende a catalogarlos como “tipos de tres pesos” si se acercan es para buscar su atención o afecto, y es de buen estatus les sigue el juego, si es un hombre que a su criterio es un mal prospecto dice “no puedo seguirles el juego porque no tienen pene entonces solo puede ser mi compi”.

Su novio es un hombre de éxito profesional con un alto estatus económico sin embargo admira más a la madre de este porque dice que es su ideal, por ser una mujer con hijos, hermosa y de éxito profesional.

4.4 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

En este punto vamos a reseñar las intervenciones clínicas y la evolución del tratamiento, para dar al lector un panorama más amplio de la problemática histérica en la que se encuentra esta paciente y dar una descripción de los movimientos y conflictos psíquicos, que se han presentado en las sesiones.

Trabajaré sobre la premisa de la identificación, las relaciones edípicas y los estados conversivos en el caso particular de esta paciente histérica.

4.4.1 La Identidad

4.4.1.1 La súper mujer

Dor explica que si la histérica se siente atraída por otra mujer y se somete a ella viéndola como un modelo a seguir es porque esta puede responder a la pregunta sobre la mujer “la homosexualidad histérica no consiste en elegir a una mujer

como objeto de amor ideal. Por el contrario, en esta promiscuidad homosexual, la histérica busca, ante todo, ser como ella pensar como ella, vivir como ella, hacer el amor como ella, tener los mismos hombres que ella etc., con esa otra que supuestamente realiza, a la perfección, su identidad femenina.”(Dor, 1991, p.105)
La paciente tiene una relación muy apegada con la madre de su novio.

Paciente: “la mamá de L es una súper mujer ella tiene hijos es hermosa con mil doctorados y especialidades de muchas, anda en la punta del pedo, es súper feminista, se viste hermoso, es una súper mujer y L dice que su mamá tiene ansiedad, bueno como que antes era muy nerviosa cuando él era niño ahorita ya no, como que era muy gritona, pero hay no!, es mi ejemplo a seguir mi plus, yo siento que mi mamá le tiene envidia, y como no si mi mamá no es una mujer exitosa, yo entiendo, pero digo si ella puede claro que yo también”.

4.4.1.2 Eres la tía R, una chingona o tu abuela C una fracasada

La identificación parcial concierne a la identificación del yo con un aspecto parcial del objeto, es decir la forma que puede adoptar una representación, según el aspecto que tome el objeto, puede ser: un rasgo distintivo, una imagen global, una imagen local, o incluso ser una emoción, nos detendremos un poco a describir la

identificación parcial para posterior apoyarnos con un fragmento del discurso de la paciente “Y luego, observamos también que el así llamado otro, ya sea una presencia inmediata o una evocación antigua, puede ser percibido fuera de mi conciencia y registrado sin que yo lo sepa en el inconsciente.”(Nasio, 1988, p. 141)

Paciente: “ me he dado cuenta que tengo problemas para decir mi nombre, pero es que creo que es porque mi padre nunca se refería a mí por mi nombre hasta ahora, antes me decía R cuando yo lograba un éxito, así se llama una tía hermana de mamá que es empresaria, ah pero cuando cometía un error decía, hay C siempre cagándola!

Terapeuta: ese es el nombre de tu abuela

Paciente: si, ya ves que te dije que salió embarazada y ese es el peor pecado que puede cometer una mujer que iba directo al éxito, entonces te digo que mi papá no me llamaba por mi nombre o raras veces lo hacía de forma neutral, ahora entiendo porque siempre ando buscando el éxito reflejado en otras mujeres, es como las veo y digo “yo” así debo ser.

4.4.1.3 Un hombre sin pene, una mujer con pene

La sexualidad en la mujer histérica es confusa en su identidad ya que tiende a ser muy infantil porque no ha identificado el sexo de su cuerpo “a falta de identidad de partida, la mujer se ve constantemente expuesta a fetichizar al pene como signo fundador de la identidad del otro, o a desarrollar identificaciones, tanto masculinas como femeninas, cuya enseñanza es que una mujer no puede aprehender la feminidad sino indirectamente, por el sesgo de un artificio”. (André. S. 1995, p.273)

Terapeuta: ¿por qué tu amigo no es para ti un prospecto a hombre que te ponga atención?

Paciente: porque él es mmmm como te lo puedo explicar, no tiene pene, es decir, es un tipo que si lo llevo frente a mi papá y se le ocurre decir pos, o si te fijastes, mi papa pfff se derrite y yo con él, o sea el tipo es el clásico chavo de la UNI que toma caguama y mucha cheve y anda de fiesta en fiesta y, yo no!! O sea P tenía pene, era drogadicto pero exitoso, y L pos que te puedo decir, pero mi amigo pues x, si él está muy devaluado

Terapeuta: tú vives como si tuvieras pene

Paciente: yo vivo como si tuviera pene, verdad! Jajajajajaj como mi amiga N

Yo: ella es homosexual, ¿ella si tiene pene?

Paciente: jajajajajajaja sí! ella si tiene pene, cambia llantas, es independiente, sabe muchas cosas y es mi mejor amiga, con ella si me siento a gusto, no es una mujer normal es como si tuviera muchos penes por ser lesbiana jajajajajaj

4.4.1.4 Desear ser perfecta

La paciente en muchas ocasiones compite siempre por ser la mejor y la más reconocida en todo lo que realiza, siempre buscando el ideal “esta identidad es siempre insatisfactoria, desfalleciente, en otras palabras, parcial, respecto de una identidad plenamente realizada, dicho de otro modo, ideal... se trata de pasar a ser el objeto ideal del Otro, ese que el histérico supone no haber sido jamás.” (Dor, 1991, p.95)

Paciente: y yo me acuerdo que la gente no me gustaba yo no sabía trabajar en equipo, no me gustaba y venían y me decían podemos hacer el trabajo juntos y yo no, o me decía la monja van hacer este trabajo en equipo y yo le decía yo lo hago sola y yo llevaba unos trabajos bien chingones, y si era obligatorio les decía yo lo hago sola ok porque ustedes no lo hacen bien y no hacían nada, lo mismo me pasa con mis hermanos yo la consentida de papá y mis hermanos me miran como con coraje mi hermana papa siempre le dice hay hija tu eres una pendeja y a mí lo que quiera hija la del 10.0 perfecto de la primaria, recuerdo tanto que un

chavo en la facu me dijo eres tan ñoña que me dan ganas de escupirte y yo..... y luego dije que!! ¿qué me acaba de decir este idiota?, me tenían envidia por que los maestros era hay G y sus trabajos perfectos, un maestro decía va a dar clase G para ir sino para irme y yo (baila emocionada)

4.4.2 Las Relaciones Edípicas

4.4.2.1 Una niña desatendida por su madre

“el histérico se vive frecuentemente como no habiendo sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados de la madre” (Dor 1991, p.94) Este discurso se escucha con frecuencia en las sesiones de G persistiendo la ambivalencia en la relación con su madre y padre, sin embargo en lo que se refiere a su madre la paciente vive con el rencor de “haber sido una niña descuidada”

Paciente: y yo recuerdo que se lo dije a mamá (se refiere al abuso sexual infantil a sus 8 años) y en el momento la odie, porque no hizo nada y seguía hablándole a mi tía como si nada hubiera pasado, y yo pensaba wey, le vale, después que no me cuidó y no me protegió, y yo después de mi primera comunión me aleje de mi

primo, recuerdo que en mi primera comunión la monja nos dijo “ si han hecho algo que les de culpa o que hayan hecho mal, hoy es el día. Confiésenle al sacerdote y yo le conté al sacerdote lo que pasaba con mi primo, porque me daba mucha culpa y a partir de ahí yo me aleje de mi primo, pero yo nunca le dije nada a mamá, hasta que pasó el tiempo y entendí y le dije ...yo cuando le dije a mamá ella no hizo nada, ella siguió hablándole a su hermana y yo me molestaba y un día le dije le voy a decir a papá y el si va a hacer algo a ti a tu hermana y a tu sobrino, y la amenazaba, papá te va a chingar, pero nunca le dije a papá y aun no lo sabe, no le puedo decir a papá porque para él soy una niña, una niña rosa, aunque viva con alguien , me vista de negro y escuche metal, para papá soy una niña rosa, no puedo decirle, no sé, tal vez no haría nada como yo amenazaba a mamá pero y si sí, él se preocupa de más, es que temo hacer daño, siempre temo hacer daño.

4.4.2.2 El rechazo a ser madre, el miedo a su madre

Sergé André explica como la identificación con una madre castrada en la resolución del complejo de Edipo y la forma en que el padre transmite la feminidad desde la primacía fálica ocasiona un rechazo al embarazo en la histeria, la paciente a partir del encuentro sexual con su primo crea un rechazo a los descuidos de su madre y un miedo a ser como ella.

Paciente: a mama le da preclamsia de los gemelos mm creo que por eso no quiero tener hijos es que tengo un mal concepto de tener hijos porque en mi familia eso es súper criticado como lo peor del mundo, desde que tengo 13 años, porque a esa edad a mi abuela le detectaron papiloma, y todo esto de que, ah! es algo sucio y malo y el cáncer y luego una prima se embarazó y mi familia la criticaba mucho como tipo ya se chingo, cómo pudo esto es lo peor del mundo y entonces yo tengo una idea de que wey te embarazas y te chingas, mi abuela materna era concertista se embaraza y pum se chingo ya no pudo tocar el piano wey, o sea puras malas experiencias con eso, por eso yo no puedo ahorita si quiero pero no, y la neta me da miedo ser una madre como mi madre, descuidar a mis hijos, si a mí que más o menos me cuidaban imagínate yo con mi trabajo y mis proyectos de estudiar un doctorado de 5 años.

“que busca la histérica sino alguien que venga a probarle no solo la diferencia de los sexos, sino sobre todo que su sexo no se limita, no se resume en la maternidad, que la mujer y la madre casi dirían que no tienen relación. Otro de los méritos de la histérica es el no reducir la mujer a la madre; contra eso levanta su protesta.” (Israel. 1974, p.36)

4.4.2.3 El rechazo a la madre

Es notable la situación ambivalente entre la paciente y su madre, ella refiere en repetidas sesiones un discurso halagador y devaluador al mismo tiempo.

Paciente: yo no soy dependiente como mis amigas eso de depender me caga o sea las mujeres dependientes me cagan esas que no trabajan que no pagan nada, o sea mi mama siempre ha dependido de mi papá pero ella es súper activa otro pedo, ella solo estudio secu y salió y se metió a una carrera comercial y papá a abusado de eso y se burla porque ella es secretaria y por ejemplo para mi esa carrera es x , tipo, eso que! hay!, es que me parezco mucho a papá en eso, o sea papa se burla de las artes dice que eso qué?, y en la familia de mamá no hay profesionistas puros que cantantes y artistillas y mi papa se cree de sangre azul todo muy perfecto y estudioso y se burla de mi abuelita le dice C (despectivo) y a mama le hace sentir menos por ella es un mujerón súper activa y todo, solo que mamá a nosotras nos descuidó mucho, pero a mis hermanos les cuida tanto!, exagera, pero creo que es por lo que nos pasó a nosotras, ahora con mis hermanos es ,¿ya comiste?, ponte el cinto!, y les cuida y les hace, tal vez es culpa, una vez me dijo con ustedes la regué ya no cometeré los mismos errores.

Sergé André explica que “el descubrimiento de la castración de la madre conlleva, para el niño como para la niña, una devaluación del personaje materno; además, la niña al hacer a la madre responsable de su propia falta de pene, agrega a su

menosprecio un resentimiento, que se traduce en envidia con respecto a quien tiene el pene. La niña es llevada así a volverse hacia el padre, portador del pene, con la esperanza de recibir de él, lo que su madre, por naturaleza no le puede dar. En otros términos, es en la medida en la que quiere tener lo que a la madre le falta, como ella deviene una mujer.” (1995, p.28)

4.4.2.4 La autosuficiente

Laura Cevedio hace una referencia a la necesidad de la mujer histérica de demostrar que puede más que los demás principalmente en su relación con los hombres “Hace el semblante de autosuficiencia, tiene el falo, por lo tanto ya no necesita nada más. Se convence de que lo tiene y quiere convencer a los demás de su dominio.” (p. 67)

Paciente: La verdad P ya no me excita, no se me antoja, es que no tiene los tamaños no puede con lo que se propone, nomás está rumiando las ideas y no aterriza, hay no ya eso ya bye, pero digo no me quiero ir con mis papás, ahí tengo mis cosas, P me dijo a lo mejor lo que necesitas es estar sola, y si lo he pensado, en ponerme atenta a la maestría a mi joyería a mis éxitos, porque a mi neta que los hombres me la pelan, yo hago mejor las cosas sin ellos

4.4.2.5 La masculina vs la princesa

Según Cevedio La histérica por su relación en el Edipo, relación ambigua entre mantenerse quejosa, insatisfecha e infantil o tomar la salida activa, autosuficiente y masculina, se encuentra buscando la salida fálica. Ella pertenece a quien tenga el falo y ella quiere ser el falo

Paciente: tener ese lugar privilegiado de que mi papá me daba más dólares a mí que a mi hermana, no me gusta y aun me quiere dar dinero a escondidas y yo no quiero, eso me trajo muchos problemas con mis hermanos, así que ese lugar de la princesita rosa, Rapunzel en su caballo blanco virgen, no lo quiero, no quiero ese lugar, pero si quiero que papá me dé un trato especial y mis compañeros de la maestría también aun que me estaban criticando por como hablo, me dicen que una mujer tan bonita no habla así, y que me veo mal diciendo verga y pendejadas, pero les digo wey me vale madre que no te guste como hablo así hablo yo y qué, y me dicen si G es que tú eres bonita, paso al frente y es que pase la bonita, odio eso me da asco, yo no soy la bonita, yo soy algo más, no quiero ser la bonita, quiero ser la más lista capas, inteligente y otras cosas, menos la más bonita

Terapeuta: ¿por qué lo dices con tanto repudio? ¿A qué te recuerda?

Paciente: no sé, jejeje me estoy haciendo pendeja otra vez verdad, ok si a mi madre, mi padre siempre le dice tu eres bonita pero cállate, nomás no hables, y eso me repateo, lo odio, odio verme como mi mamá

4.4.3 La Conversión Histórica

4.4.3.1 No me penetran pero como quiera tengo sexo

Freud vislumbro en el carácter histérico un cuadro de represión sexual, resistencia que se manifiesta a través de asco, vergüenza y, sobre todo, con el semblante de la inocencia, que le permite por un lado la apariencia de la ignorancia sexual y por otro un despliegue potente de la pulsión sexual.

Paciente: me dijo P ¿cuándo nos casamos? y le dije hay pos si ya parecemos nomás falta el papel jajaja, nomás que nosotros n o tenemos relaciones sexuales normales, es que como estoy enferma de aquí (señala el área genital) pues el lugar esta clausurado, pero como quiera nos damos nuestras mañas tengo un vibrador y pos ahí le vemos el modo o sea wey como quiera tenemos sexo, nomás que no lo quiero contagiar, y pues me pongo a fantasear con mi ex el médico y con el chico TEC y me prendo un chingo

4.4.3.2 La vagina clausurada frente al deseo

En la histeria se encuentra una paradoja, por un lado la hipererotización del cuerpo no genital se le opone un profundo conflicto por el coito genital, la vaginitis la eyaculación precoz y muchos otros conflictos somáticos nos hablan de la contradicción a la que están sometidos los histéricos ante una lucha contra el placer. La angustia de castración es transformada en un plus de erotización del cuerpo y por el otro una inhibición de la sexualidad genital.

Terapeuta: este tema del embarazo es también una fantasía erótica (refiriéndome a quedar embarazada)

Paciente: siii yo tengo un súper orgasmo de pensar en eso de hecho ahora que no tengo sexo, bueno sí, pero no penetración, pos bien padre porque ya no me tengo que mortificar

Terapeuta: desde que está "clausurado" por la enfermedad. Le ha funcionado muy bien como defensa ante su deseo

Paciente: sí! ahora que le dice sí porque ya no me interesa el sexo como antes y pos no soy una abuela, así que debe ser un pretexto es que hay una parte de mí bien linda que es ah! con los bebés y niños como un instinto de madre, pero está mi lado Maquiavelo donde dudo de todo, me da mucha culpa desear tener hijos, me da culpa que fantaseo con el borrego TEC, es que digo hay él es todo

hermoso y me imagino que le doy por todos lados, porque él no quiere tener hijos él es muy inmaduro y Puff es súper maduro

4.4.3.3 Tener hijos sin penetración

Según Nasio en la histórica existe la fantasía de ser la virgen inmaculada que puede concebir un hijo sin acto sexual, es decir sin penetración

Paciente: Pues tuve un sueño bien freek, bueno ya lo he soñado varias veces, sueño que estoy embarazada y que tengo muchas complicaciones y eso me da miedo, también soñé que un hombre entraba a mi casa y que miedo aparte eso es imposible la casa tiene como mil candados uno afuera y 4 en la puerta, por eso del embarazo también es imposible yo tengo un año sin tener sexo, bueno sin penetración y pos así de quedar embarazada es imposible, pero si me angustia esto porque no sé si es algo que yo quiero o no, o sea si quiero porque P tiene unos sobrinos y los trata bien padre y el sería un buen padre, pero es como que tengo miedo, siempre que tengo un atraso en la menstruación voy y me hago un examen, sinceramente sé que sueno a loca pero me da miedo que en una de esas si este embarazada y que miedo

4.4.3.4 Las ventajas de ser invisible

Es bien sabido desde el caso Emma que la sexualidad cobra sentido en après coup es decir “La sexualidad infantil es un foco inconsciente de sufrimiento pues es siempre desmesurada en relación con los limitados recursos, físicos y psíquicos del niño “(Nasio, 1998, p. 27) tales recursos son modificados al entrar en la adolescencia dándole otro sentido a esta sexualidad.

Paciente: “cuando yo era niña antes de hacer mi primera comunión tendría yo unos 8 o 9 años, me paso algo como en la película de las ventajas de ser invisible, a este niño, la tía abusaba de él lo tocaba y le daba regalos, y la tía iba a ir a comprarle regalos y en el camino murió, y a mí, mi primo también me decía que me iba a dar un regalo, pero yo no lo recuerdo en frente de mí, yo lo recuerdo detrás de mí, pero yo era una niña yo no lo entendí hasta más grande, él tenía hay no se unos 14 o 15 un teen, y al crecer y entender que había pasado me llene de furia, culpa y asco

4.4.3.5 No quiero coger con un pasivo

Al rehusarse a entregarse, a ser penetrada, a perder su virginidad, la histérica es colocada en la insatisfacción lo cual transformara en una constante queja de deseo insatisfecho, sin embargo es de utilidad para el histérico ya que lo protege frente al placer y su deseo y garantiza la inviolabilidad de su ser que perciben como riesgo de desintegración y locura.

Paciente: P hace unos días me reclamó ha pues al día siguiente de mi sesión, me dijo, a ver ¿tú estás jugando conmigo o qué? Todo el día me mandas mensajes de te quiero , ya te quiero ver, te mando besos y abrazos y cuando ya nos vimos en la casa no nos abrazamos ni nada, yo me pongo a recoger la casa o a trabajar en mi joyería y me reclamó eso y le dije, ok tienes razón, vamos a hablar y nos sentamos a hablar de nuestra relación y me dijo es que tú crees que yo ya quiero tener un hijo y yo tampoco me siento preparado para eso, si me gustaría y me dijo yo quiero ser sincero contigo ahora veo porno para poder desahogarme y me siento muy mal muy culpable y el dije, a ver enséñame un video de los que ves, digo yo no me asusto, yo veía porno con el médico, es que P creía que yo no quiero tener sexo porque me siento fea y le dije P nada que ver yo no me siento fea mi papá de niña me decía la Barbie, y siempre me han catalogado como bonita, y los videos eran de sexo oral y le dije pues si eso es lo que te gusta yo te

lo hago, es que desde que tengo papiloma me da mucho asco, hay no, una vez le dije tráete unos condones, yo quería coger y me dice no si no quieres no te obligues, pff es un pendejo, como voy a querer coger con tanta pasividad.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

5.1 SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las estructuras clínicas siempre han sido motivo de estudio, los casos clínicos nos ayudan a teorizar y hacer modificaciones a la técnica o en este caso al método psicoanalítico, la teoría de estas estructuras neuróticas y no neuróticas nos orientan en la intervención y modo de trabajo frente a nuestros pacientes, en este caso particular es una estructura neurótica predominantemente histérica.

La histeria es un tema bastante estudiado, hay muchísimos escritos sobre la problemática histérica que junto con las supervisiones me ayudaron a poder intervenir con mayor puntualidad en las sesiones trayendo como consecuencia muchos movimientos durante este tiempo de trabajo analítico.

La paciente cuando llegó a la consulta a la USP de la facultad de psicología de la UANL se encontraba en una situación muy distinta en la que se encuentra ahora, presentaba un cuadro muy agudo de conversión en el área genital caracterizada por dolor al momento de intentar tener relaciones sexuales, que posteriormente ella interpretaba como una falta de deseo sexual; comenzamos a trabajar sobre esos puntos importantes con interpretaciones, señalamientos, construcciones y confrontaciones a los cuales reaccionó favorablemente haciendo sueños que llevaba al análisis y que trajo consigo movimientos en su vida, con muchos

beneficios tanto personales como en su estado anímico, las interpretaciones hechas en relación a su conversión trajeron luz sobre su modo de vincularse y la posibilidad de hablar sobre el evento traumático en su infancia sobre el abuso sexual, dando la posibilidad de terminar la relación que sostenía con P.

Retoma la actividad de su vida sexual después de 3 años de estar visitando médicos y medicinas alternativas, actualmente tiene su propia marca registrada, continúa estudiando y tiene planes de formalizar una relación con su novio, aun trabajamos sobre el modo de vincularse con los demás sobre la devaluación que hace frente a su idea de ser mujer, cómo construir su ser mujer, la maternidad, su posición frente a los hombres y la insatisfacción con ellos.

5.2 Discusión y Conclusiones Personales

En este caso en particular ha habido muchos movimientos, solo citaré los más importantes como mencioné anteriormente, el interés de la paciente radicaba en sus síntomas conversivos en el área genital relacionados a la escena traumática del abuso sexual en su infancia que ella defendía mucho como algo ya resuelto, a lo que no había necesidad de retomar ya que asumía que simplemente su libido había muerto, y que solo quería recuperarla junto con su salud ya que a la vez presentaba variados síntomas somáticos, en ese momento los elementos más

significativos de la intervención clínica fueron aquellos en que tanto la confrontación como la interpretación aludían a la responsabilidad directa de la paciente con respecto a la dinámica de sus relaciones interpersonales, principalmente sus relaciones de pareja y la escena del abuso sexual.

Al desaparecer la sintomatología conversiva se empieza a reflejar el conflicto ambivalente que presenta frente a la figura de ser mujer, trayendo un cambio en las intervenciones e importantes asociaciones entre lo que es para ella una mujer y “lo que la sociedad dice que debe ser una mujer”, tales conflictos le causan muchos enfrentamientos con mujeres que a su criterio eran “débiles y tontas”.

Esto en el encuadre y la transferencia no es un impedimento de análisis ya que el hecho de que yo sea mujer ha servido para trabajar su conflicto ante la idea permanente de que ser mujer le causa rechazo, y el concepto tan devaluado que tiene de su madre llevándolo a otras mujeres, por el momento no ha presentado una transferencia negativa ya que parece preferir según refiere “ser una paciente perfecta”, como si esto representara “ser una mujer perfecta”.

Sin lugar a dudas los textos revisados en clase referente a las neurosis, los trastornos narcisistas y las psicosis me han ayudado mucho a poder hacer un diagnóstico diferencial, a llevar el método psicoanalítico por una línea en función al paciente y no en base solo a un marco teórico, evidentemente sin dejar de articular teoría con técnica, pero sin olvidar la individualidad de cada sujeto, toda

esta comprensión me ha ayudado no solo en el caso de esta paciente sino que me lleva a poder aplicar el método psicoanalítico en base a una idea de caso por caso, a confirmar que el diagnóstico es solo una herramienta para poder aterrizar ciertos puntos en el discurso, sin olvidar que gracias a esos pacientes es que tenemos conocimiento del inconsciente y el psicoanálisis y no que por la teoría tenemos conocimiento de ellos, dándome la posibilidad de no encajonar a toda queja en una neurosis ni todo delirio en una psicosis.

Por último, quiero enfatizar la gran experiencia que fue para mí cursar esta maestría ya que gracias a ella tuve experiencias maravillosas de aprendizaje con muchos de mis maestros, las supervisiones eran una gran revelación cuando me encontraba confundida, los textos revisados me fueron de mucha utilidad, no solo para este caso en particular, en general para mi trabajo clínico, han dejado una huella en mí, y un conocimiento invaluable, además de un acercamiento al psicoanálisis distinto a la licenciatura.

Agradezco a cada una de las personas que directa o indirectamente me ayudaron a comprender lo valioso que es la experiencia de hacer psicoanálisis, del lugar del analista, el retorno a Freud y la lectura de los nuevos descubrimientos, a los profesores, alumnos, y supervisores, va para todos ustedes mi reconocimiento. ¡Muchísimas gracias!

BIBLIOGRAFÍA

- ~ André J. (1995) *Los orígenes femeninos de la sexualidad*. España. Editorial SINTESIS clásicos del psicoanálisis Pp. 15-31
- ~ André J. Lanouzière J. y Richard F. (1999) *Problemática de la histeria*. España. Editorial SINTESIS clásicos de psicoanálisis
- ~ Andre S. (1995) *¿Qué quiere una mujer?* España. Siglo XXI Editores
- ~ Arnal M. (2014) <http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/histeria.htm>
- ~ Castillo, M., Gómez, E. (2004). *Las peculiaridades de la investigación en psicoanálisis*. Terapia Psicológica. Volumen 22. Pp. 25-32.
- ~ Cevedio L. *La histeria: Entre amores y semblantes*. España. Editorial SINTESIS clásicos del psicoanálisis.
- ~ Charbet. C. Brusset B. y Brelet-Foulard F. (1999) *Neurosis y funcionamientos Limite*. España. Editorial SINTESIS clásicos de psicoanálisis Pp 59-75
- ~ Dor. J. (1991) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Argentina. Amorrortu editores. Pp 83-124
- ~ Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de Psicología para Neurólogos. Tomo I. Obras Completas. Buenos Aires. Amorrortu Editores Pp 339-407
- ~ Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. Tomo II. Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu Editores Pp. 27-261
- ~ Freud, S. (1894) Las neuropsicosis de defensa. Tomo III. Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu Editores Pp. 41-61
- ~ Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de un análisis de un caso de histeria. Tomo VII. Obras completas. Buenos Aires. Amorrortu Editores Pp. 1-56
- ~ Ipar J. J. (2014) *La histeria en la época pre analítica*. <http://www.alcmeon.com.ar>
- ~ Israël L. (1974) *El Goce de la Histeria*. Edición electrónica de www.philosophia.cl/escuela de filosofía universidad ARCIS
- ~ Martínez, P. (2006). *El método de Estudio de Caso: Estrategia Metodológica de la Investigación Científica*. Revista Pensamiento & Gestión. No. 20. Pp. 165-193.

- ~ Nasio J.D. (1998) *El dolor de la histeria*. Argentina. Paidós
- ~ Nasio J.D. (2007) *El Edipo: El concepto crucial del psicoanálisis*. Argentina. Paidós
- ~ Nasio J.D. (1988) *Enseñanza de 7 Conceptos Cruciales del Psicoanálisis*. Barcelona. Gedisa editorial (4ta edición)
- ~ Quecedo, R.; Castaño, C. (2002). *Introducción a la Metodología de Investigación Cualitativa*. Revista de Psicodidáctica. No. 14. Pp. 1-26.
- ~ Ramírez, M. (2004). *La investigación clínica en psicoanálisis*. Revista Affectio Societatis. Volumen 4. No. 7. Pp. 1-12.
- ~ Taylor, S.; Bogdan, R. (2000). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona. Paidós.
- ~ Yin, R. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. California. Sage.