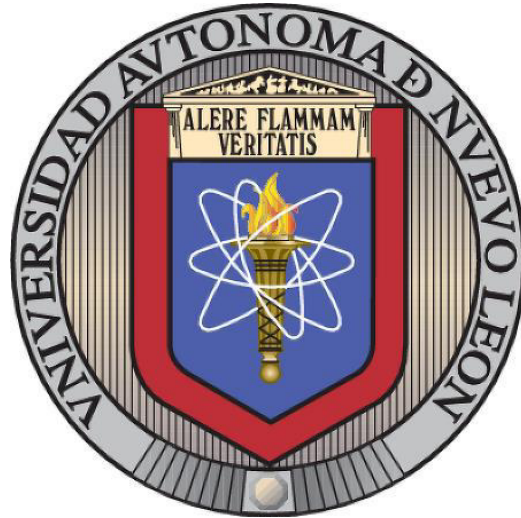


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“APRISIONADA ENTRE EL DOLOR Y EL PLACER: UN CASO DE HISTERIA”
ESTUDIO DE CASO CLÍNICO PSICOANALÍTICO**

PRESENTA

SANJUANA VERÓNICA ALEMÁN FACUNDO

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MARZO 2014

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



“APRISIONADA ENTRE EL DOLOR Y EL PLACER: UN CASO DE HISTERIA”
ESTUDIO DE CASO CLÍNICO PSICOANALÍTICO

PRESENTA

LIC. SANJUANA VERÓNICA ALEMÁN FACUNDO

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

ASESOR

MTRA. MARINA DUQUE MORA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

MARZO 2014

INDICE

| | |
|---|----|
| Agradecimientos..... | 5 |
| 2. Resumen..... | 7 |
| 3. Introducción..... | 9 |
| 4. Antecedentes..... | 11 |
| 5. Objetivo General..... | 16 |
| 6. Objetivos Específicos..... | 16 |
| 7. Supuestos..... | 16 |
| 8. Limitaciones y Delimitaciones..... | 17 |
| Justificación..... | 20 |
| 9. Fundamentación Teórica..... | 22 |
| 9.1 Aspectos teóricos y conceptuales..... | 22 |
| 10. Metodología..... | 32 |
| 10.1. Método..... | 32 |
| 10.2. Modelo Psicoanalítico..... | 32 |
| 10.2.1. Aspectos Teórico – Metodológicos..... | 33 |
| 10.2.2. Dispositivo Analítico..... | 33 |
| 10.2.3. Encuadre Psicoanalítico..... | 35 |
| 10.2.4. Proceso Analítico | 35 |
| 10.3. Instrumentos | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 10.4. Procedimientos | 37 |
| 11. Técnicas y Estrategias de Intervención..... | 38 |
| 11.1. Instrumentos para Recabar Información | 38 |
| 11.2. Instrumentos de Concientización | 39 |
| II. Estudio de Caso Clínico..... | 41 |
| 1. Historial Clínico..... | 41 |
| 1.1. Resumen general del caso clínico | 41 |
| 1.2. Motivo de Consulta | 47 |
| 1.3. Demanda de Tratamiento | 48 |
| 1.4. Sintomatología Actual | 48 |
| 1.5. Impresión Diagnóstica | 49 |
| 2. Estructura Subjetiva..... | 50 |
| 2.1. Contexto Familiar..... | 50 |
| 2.2. Figuras Significativas..... | 55 |
| 2.3. Estructuración Edípica..... | 58 |
| 2.4. Eventos Traumáticos..... | 61 |
| 2.5. Perfil Subjetivo..... | 63 |
| 3. Construcción de Caso..... | 66 |
| 3.1 Los orígenes del sufrimiento: Síntomas de la histeria | 66 |
| 3.2 Histeria de Conversión: su estudio a la luz de las ansiedades tempranas..... | 80 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3. Escenarios actuales del Edipo..... | 92 |
| III. Síntesis clínica y conclusiones..... | 96 |
| 1. Síntesis de la intervención clínica..... | 96 |
| 2. Discusión y conclusiones personales..... | 99 |
| 3. Familiograma..... | 104 |
| Referencias bibliográficas..... | 105 |

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Armando Peña, Director de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo brindado para llevar a cabo este proyecto.

Al Mtro. Jorge R. Vázquez Rizado, por la confianza brindada y por compartirme sus conocimientos.

Al Coordinador de la Maestría por el apoyo proporcionado.

A la Maestra Marina Duque Mora, principalmente por su apoyo y por compartir su conocimiento, su supervisión y experiencia clínica para poder concluir este proyecto.

A la Maestra Virginia Navarro López por sus aportaciones que me permitieron poner en perspectiva la importancia de este caso.

A la Doctora Martha Sánchez Muñoz, por su valiosa perspectiva contemporánea.

A Julio César González Cabrera, mi compañero de vida, gracias por tu infinito apoyo, por ser parte en mis locuras y realidades.

A Abril Alejandra González Alemán, mi niña hermosa, por brindarme tu amor incondicional y alentarme para llevar a cabo este proyecto.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional.

A mis amigas Isla, Elsia y Vicky, gracias.

A María quien se atrevió a cambiar, a vivir esta experiencia psicoanalítica y permitirme aprender con ella.

Finalmente a David Flores por acompañarme en el recorrido y reconstrucción de mi propia historia.

2.-RESUMEN

Desde sus orígenes el psicoanálisis creció a la par de la conceptualización de la histeria, así Freud hace toda una construcción teórica y clínica de la misma y este cuadro neurótico ha variado en el transcurso del siglo XX y XXI en la expresión sintomatológica, pero como lo veremos en el presente estudio de caso, la histeria sigue siendo un conflicto psíquico atemporal.

En el presente trabajo se expone un caso de histeria, donde las manifestaciones físicas son una constante. El motivo de consulta en un primer momento es una referencia médica, ya que la medicina no tiene una respuesta científica a todos sus malestares, por lo que acude a la unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología por padecer “el síndrome de las 3 P; *lo suyo es puro pinche pedo*”, (palabras textuales de su doctora), así, llega con dolores en el pecho, en el brazo izquierdo, bolo faríngeo, dolor de oídos, garganta, en otros momentos dolor en rodillas, todos estos síntomas le producen un gran monto de angustia ante la sola idea de enfermar.

Los síntomas físicos empiezan a aparecer a partir de la muerte de su madre: alopecia en un primer momento y después la presencia de diversos malestares, ella reconoce que antes no padecía ningún dolor, este suceso también le genera una gran culpa pero no hace ninguna conexión entre los dolores y la culpa. Esta forma de simbolizar los fantasmas en el cuerpo se convierte en malestar psíquico.

La culpa por la muerte de su madre, aparece debido a que siente que hizo poco por ella durante su enfermedad, como no haberla cuidado, atendido y convivido más con ella; la recuerda como una madre que la dejaba con algún familiar para irse a trabajar y ella lo describe como una sensación de abandono, tiene el vívido recuerdo de las segundas nupcias de su madre, cuando María era una adolescente; enferma, es hospitalizada ya que presenta vómito durante una

semana sin una razón médica, ante lo cual el médico le dice “párate, estas dada de alta no tienes nada”, y ella regresa a casa con su madre ya casada.

Durante el tratamiento aparecieron también síntomas que no tenían una causa orgánica, estos aparecían cuando había la posibilidad de disfrutar diferentes tipos de vivencias, como los viajes, reuniones familiares, con amigas y sobre todo en los encuentros sexuales con el esposo.

3.- INTRODUCCIÓN.

Relatar un caso clínico brinda la posibilidad de volver a escuchar a un paciente, sus silencios, lapsus, incoherencias, y si se aguza el oído para escuchar al entramado de personajes con su singular participación e influencia de esa historia relatada, nos permite analizar un punto de partida para comprender cómo todos estos ingredientes se conjugaron en María y a través del trabajo clínico psicoanalítico se puede dar cuenta; de los síntomas.

El caso abordado es el de una mujer que acude a la Unidad de Servicios Psicológicos, ante la falta de respuestas médicas para sus dolores somáticos, sin embargo, el hecho de que no haya un diagnóstico médico no implica que los malestares dejen de insistir; caída de cabello, náuseas, taquicardia, opresión en el pecho, dolor en brazo izquierdo, bocio faríngeo, dolor de oídos y garganta.

El psicoanálisis abre una posibilidad que es darle un sentido a estos síntomas no desde lo físico, sino desde el inconsciente, leídos como manifestaciones de angustia y culpa, efecto de una historia que determina y marca ciertas maneras de relacionarse con uno mismo y con el resto; este análisis vuelve indispensable hacer un recorrido analítico para relacionar pasado y presente, buscando descifrar el lenguaje atrapado en el cuerpo a través de los significados dentro del discurso de María.

Para abordar este caso empezamos relatando la problemática de la histeria que constituye una de las primeras neurosis descrita por Freud, por lo que es imposible pensar el psicoanálisis sin una referencia directa a aquella; y aún hoy en el siglo XXI sus conceptualizaciones permiten analizar un caso particular en el que las manifestaciones físicas nos hablan de un cuadro clínico particular: una histeria de conversión.

El presente análisis de caso abarca una justificación, la presentación del desarrollo histórico de la histeria, presentación del caso, fundamento teórico y el

uso de distintos instrumentos y técnicas de la intervención, para cerrar finalmente con la presentación de una impresión diagnóstica del caso.

4.- ANTECEDENTES.

Las histerias fueron el parteaguas para la creación del psicoanálisis y es a partir de ellas que Sigmund Freud inicia la creación psicoanalítica conceptual y técnica. Sus primeras clasificaciones sobre las neurosis: psiconeurosis y neurosis actuales, son antecedentes que ya le van dando cuerpo a la histeria.

Y son esos primeros casos de histeria los que finalmente le darán la pauta a Freud para separarse de su maestro Breuer y empezar a investigar más allá del método catártico y crear el suyo: *la talking cure*.

Empezamos por definir la palabra histeria, la cual “deriva del griego hystera que significa matriz o útero; algunos griegos, sobre todo Hipócrates y Platón consideraban que la histeria tenía orígenes orgánicos uterinos, y por tanto únicamente relacionada con las mujeres.

Y es a lo largo de la historia que este concepto ha tenido distintas acepciones, desde el terreno médico, como enfermedad de la matriz, o como enfermedad de la mente; el religioso que ubica las reacciones histéricas como pecado al interpretarlas como expresiones de placer sexual, y en otros momentos como “poseídas”; Para la psiquiatría la histérica es considerada como enferma mental.

Desde el marco conceptual freudiano se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos.

Roudinesco (2003) Su originalidad reside en el hecho de que los conflictos psíquicos inconscientes se expresan en ella de manera teatral y en forma de simbolizaciones, a través de síntomas corporales paroxísticos.

La histeria de defensa que se ejerce contra los afectos displacientes, y la histeria de retención, en la cual los afectos no llegan a expresarse mediante la abreacción.

En 1859, antes de la entrada en escena de las tesis de Charcot, la hipótesis cerebral fue afirmada una última vez por el médico francés Pierre Briquet, que incorporó a la histeria fenómenos “sociológicos” o “materiales” tales como las condiciones de vida y de trabajo, los ciclos de la naturaleza e incluso el movimiento de los astros.

Se enfrentaron dos tendencias: por un lado, los sostenedores del organicismo, y por el otro los partidarios de la psicogénesis. Para los primeros, la histeria era una enfermedad cerebral de naturaleza fisiológica o sustrato hereditario; para los segundos, una afección psíquica, es decir, una neurosis.

Al vincular el hipnotismo con la neurosis, Charcot volvió a darle dignidad a la histeria. No solo abandonó la conjetura uterina, al punto de negarse a tomar en cuenta oficialmente la etiología sexual, sino que, al hacer de la enfermedad una neurosis, libero a las mujeres histéricas de la sospecha de simulación.

Charcot teórico de la neurosis, no utilizaba la hipnosis para curar o sanar a sus enfermos, sino para demostrar sus hipótesis. Hipnotizando a las “locas” de la Salpêtrière, fabricaba experimentalmente síntomas histéricos, y los suprimía de inmediato, demostrando el carácter neurótico de la enfermedad.

Entre 1888 y 1893 Freud forjó un nuevo concepto de la histeria. Tomó de Charcot la idea del origen traumático. Pero en virtud de la

teoría de la seducción, afirmaba que el trauma tenía causas sexuales: la histeria sería el fruto de un abuso sexual realmente vivido por el sujeto en la infancia.

Tres hombres le habían sugerido el origen traumático sexual: Charcot, Breuer y el ginecólogo vienes Rodulf Chrobak.

Así en 1769, William Cullen afirmaba que la histeria era una afección psíquica o “neurosis”, término que designaba a las afecciones mentales o “funcionales” sin origen orgánico, es decir, no había inflamación, ni lesión del órgano afectado. Se trataba por lo tanto de una enfermedad “nerviosa”.

Freud a finales de 1800, incluye ideas de la medicina contemporánea que lo lleva a una propuesta del origen traumático, como una experiencia que realmente había sido vivida, lo que lo lleva a teorizar el fantasma, separando el término de la libido al ámbito de la sexología.

En los Estudios sobre la histeria (1895) se presentaron los grandes conceptos psicoanalíticos; el inconsciente, la represión, la abreacción, la defensa, la resistencia y “finalmente la conversión, que explicaba de qué modo una energía libidinal se transformaba en una inervación somática, en una somatización con significación simbólica” (Roudinesco 2003).

Por lo tanto al abandonar la teoría de la seducción, y después de la publicación de la Interpretación de los sueños (1900) reconoce que es un conflicto psíquico inconsciente el que origina la histeria, y afirma que las histéricas no sufrían de reminiscencias, como lo estableciera en sus Estudios sobre la histeria de (1893-1895), sino de fantasmas, y aunque se hubiera dado realmente un abuso o violencia durante la infancia, estos no podían ser la única explicación de la sexualidad humana. “Junto a la realidad material, afirmaba Freud a finales del siglo XVIII que había una realidad psíquica igualmente importante en la historia

del sujeto. Asimismo, la conversión debía considerarse un modo de realización del deseo: un deseo siempre insatisfecho”.

La teorización de la sexualidad infantil le permitió después a Freud identificar el conflicto “nuclear” de la neurosis histérica (la imposibilidad para el sujeto de liquidar el complejo de Edipo y evitar la angustia de castración, lo que lo llevaba a rechazar la sexualidad): así en su artículo Fragmento de análisis de una histeria (1905) establece: “Considero sin vacilar histérica –declaró Freud - a toda persona en la cual una ocasión de excitación sexual provoca sobre todo y exclusivamente sentimientos de displacer, sea que dicha persona presente o no síntomas somáticos”.

Las dos formas principales de histeria teorizadas por Freud son la histeria de angustia, cuyo síntoma central es la fobia, y la histeria de conversión en la que se expresan a través del cuerpo representaciones sexuales reprimidas.

De lo anterior queda claro que es Sigmund Freud quien hace grandes aportaciones al estudio de la histeria, sin embargo existen otros autores que también han realizado aportaciones importantes a este tema, Klein, Winnicott, Fenichel, Door, Nassio, quienes han hecho desde aportaciones técnicas y clarificaciones conceptuales; así Klein nos habla de un primer momento de desarrollo temprano, donde las ansiedades vividas podrán influir en la estructuración de una histeria a partir de la relación con la madre, Fenichel en su “Teoría Psicoanalítica de las neurosis” (1945) llevara a cabo toda un delimitación de cada elemento de la neurosis histérica, por otro lado Joel Door como un postfreudiano y con una línea teórica distinta a la propuesta para este análisis de caso, nos permitirá esclarecer también las características clínicas de esta estructura, más allá de solo leer los síntomas, y Juan David Nassio en el “Dolor de la histeria” (1991) establece las particularidades de dolor como una característica de la histeria.

En cuanto a los motivos por los cuales se eligió este tema está basado en los síntomas que la paciente presentaba en un inicio del tratamiento, llamaron mi atención de forma tal que al ir desarrollando el proceso analítico se fue develando la dinámica de su sintomatología, aunado a esto, la narración de su historia me hizo captar cómo la historia puede marcar la diferencia para que un sujeto se constituya de cierta manera. En este caso el conflicto inconsciente se significó en el dolor de diversas partes de un soma orgánicamente sano.

Otra vía para darle solución a este conflicto es a través del hecho de ceder a la demandas de los demás colocándose en una posición de víctima (sufriente), elegir realizar cosas con un costo emocional, no poder separarse de su hijo mayor sin darle a él la posibilidad de hacerse cargo de sí mismo y a la vez sin lograr reconocer la estrecha relación entre sus síntomas físicos y el tipo de vínculo con este hijo.

Finalmente planteo los beneficios que este análisis de caso me ha dejado, por el lado académico, poder analizar uno de los cuadros clínicos clásicos y su relación con la teoría psicósomática, binomio que me permitió un análisis más completo de dicha psicopatología; a nivel profesional el adquirir una experiencia teórico clínica que me permita una mejor escucha e intervención psicoanalítica dentro de mi práctica profesional.

5.- OBJETIVO GENERAL

Analizar la dinámica psíquica en un caso de histeria.

6.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los principales síntomas en un cuadro de histeria de conversión: malestares físicos, angustia sexual, y aspectos psicosomáticos.
- Analizar experiencias de ansiedades tempranas, que influyeron en la constitución subjetiva de este caso, desde la perspectiva freudiana y de relaciones de objeto.
- Analizar la influencia de las relaciones edípicas en sus relaciones actuales.

7.- SUPUESTOS

- En el presente caso, la falta de desahogo de la energía sexual durante un evento ya real o fantasmaticado da pie a la instauración de tal energía en un órgano o parte determinada del cuerpo, dando como resultado un cuadro histérico con distintos síntomas psíquicos, físicos, y su consiguiente displacer.
- Las ansiedades tempranas son fuente de síntomas situados en el soma.
- La relación edípica marca el desenlace de la instauración de la histeria de conversión.

8. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Singularidad del caso

Es una paciente que llega referida a la Unidad de Servicios Psicológicos de la UANL por su doctora de cabecera, quien en una consulta le dice que ella ya no puede recetarle ningún medicamento, y que ella no tiene ninguna enfermedad, sin embargo sus visitas al médico son constantes, en las cuales hay dos variantes, la primera son: cuadros físicos descritos en líneas anteriores, y la segunda presenta situaciones médicas sobredimensionadas donde existe un gran temor y angustia ante la posibilidad de estar enferma y tener que ingresar a un hospital. Cuando el diagnóstico establece que no existe enfermedad alguna, el solo dicho del médico de no tener nada, provoca que la angustia de la paciente ceda, de ahí la pertinencia de la escucha psicoanalítica en este tipo de cuadros clínicos.

Contexto institucional

Se trabajó en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UANL, con dos sesiones por semana, durante 45 a 50 minutos, esto durante más de 1 año 4 meses, pagando dentro de la sesión, y no en recepción como regularmente se hace en este tipo de instituciones; actualmente sigue en tratamiento.

Características del paciente

Paciente femenina de 56 años de edad, de estatura promedio de 1.50 metros, tez morena, complexión media, con estudios básicos, trabaja como sastre, empezando como ayudante de este oficio desde la adolescencia.

Casada, desde hace 33 años, tiene cuatro hijos, tres varones y una mujer todos profesionistas.

Sus principales síntomas se leen en la línea del cuerpo, el primero fué un cuadro de alopecia, dolores y opresión de pecho, en el brazo izquierdo, en otras ocasiones dolor de garganta, oído, también en una rodilla; todo ello con un gran monto de ansiedad, temor, cuadros de pánico que la hacen regresar de donde este hacia su casa; hay un constante temor a morir, cuadros de angustia frecuentes, síntomas conversivos que después fueron desapareciendo en el transcurso del tratamiento. Desde la escucha analítica ciertas dificultades para tener placer tanto sexual como en otras situaciones sociales, familiares, que desde luego tienen también una carga libidinal.

Dificultades del caso

El sólo hecho de hablar de síntomas corpóreos ya plantea una dificultad, dónde termina el cuerpo y dónde empieza el terreno de lo psíquico, he aquí lo que se conoce como pulsión, otra problemática que se asoma es reconocer la influencia del mundo interno en el soma y finalmente cómo aborda la intervención psicoanalítica estos casos.

Así mismo en un principio se consideraron dos criterios de analizabilidad que pudieran limitar los alcances de la intervención analítica, por un lado la edad de la paciente, una mujer hoy de 57 años y su instrucción académica, solo cursó la primaria.

Alcances de la intervención

Tomando en cuenta las dificultades del caso y las características propias del caso, en variadas intervenciones se trabajo a partir de explicaciones sobre la forma de trabajo que se tiene en el ámbito psicoanalítico con el propósito de que la paciente fuese poco a poco relacionándose con la misma.

Aportes de la intervención

Sus síntomas somáticos disminuyen, a partir de encontrar su origen: la muerte de su madre como detonante de su primer cuadro de alopecia y posteriormente dar cuenta de ellos en situaciones específicas: cuando hay posibilidades de encuentros sexuales con su esposo, cuando sus hijos tienen problemas, y sobre todo en función de su primer motivo de consulta: sus malestares físicos han disminuido, pero en ciertos casos repitiéndolos con una reactualización de síntomas, donde retoma las posibilidades de un origen psíquico para su malestar.

Eficacia de la intervención

Se puede plantear en términos generales como una intervención que le ha dado la posibilidad de realizar cambios en sus relaciones objetales, de entender, darle un sentido a sus síntomas físicos y relacionarlos con su historia personal y psíquica.

Ahora ya se plantea la posibilidad de que sus “enfermedades” tengan un origen psíquico, tal como lo refiere la paciente *“ya no se qué pensar si mis enfermedades no son enfermedades, entonces son por mi mente”*.

Ha empezado a despreocuparse, da lugar a otros para que se preocupen y resuelvan los problemas que a ella le angustiaban y que no le “perteneían”, y ha empezado a darle un lugar a la posibilidad de placer.

Actualmente el hijo mayor vive con su pareja, han tenido variadas desavenencias, pero la paciente ha elegido ya no intervenir, *“me preocupo por él, pero sé que no tengo porque tratarlo como una víctima, él tiene que hacerse cargo de su vida”*, lo cual ha permitido que María entre, aunque con rodeos a cuestionarse otros aspectos de su malestar psíquico.

JUSTIFICACION

Los malestares somáticos no son de hoy, es cierto, ya el mismo Freud lo observaba, desde sus inicios, así la histeria como uno de los primeros cuadros neuróticos que definió sigue vigente, y en el caso particular se presenta una paciente cuyos síntomas corporales son a la usanza de aquellas primeras histéricas conversivas del siglo XVIII, dolor en el pecho, en el brazo izquierdo, opresión en el mismo, sensación de “bolo” faríngeo, entre otros malestares físicos, y que los avances de la medicina y la tecnología de este siglo XXI no han logrado erradicar. Desde el campo epistemológico en el que caminamos, es de entender que la medicina no incluye el espectro de lo subjetivo, terreno propio de lo psicoanalítico.

Una de las principales razones para la elección de este caso es que la intervención psicoanalítica sigue siendo tan contemporánea como en sus orígenes y ha logrado dar respuesta a los malestares de esta paciente; así la presencia de sus síntomas físicos ha disminuido además de empezar a adquirir significación para María.

Así mismo, dar cuenta de cómo a pesar de que existían criterios de analizabilidad importantes desde el principio, como lo es la edad de la paciente, tener educación básica (solo algunos años de primaria), y pese a ello, ha logrado trabajar bajo los lineamientos psicoanalíticos, mismos que le han permitido llegar al punto de darle lugar a lo psíquico como origen de su malestar físico, y ahondar en su historia y relaciones tempranas a fin de entender su actualidad, ya que Freud en su artículo “La sexualidad en la etiología de la neurosis (1898) los mencionaba como limitaciones para llevarlo; debido a que el tratamiento psicoanalítico demanda un gran tiempo de trabajo y “la cura caería en un etapa de la vida donde la salud nerviosa ya deja de tener valor” (pág. 274); así el panorama, pudieron haber sido opciones para la paciente a) abandonar el tratamiento al no tener respuestas rápidas para su malestar, b) no llegar a

cuestionamientos propios, que le permitieran pensar en los aspectos psíquicos como origen de sus síntomas, una vía diferente a la médica.

Finalmente pretendemos dar respuesta a través de este análisis de caso a las siguientes cuestiones: ¿por qué adquieren un carácter de malestar repetitivo ciertas partes del cuerpo? ¿por qué ciertos órganos o funciones?, ¿cuál es el contenido sexual de ese recuerdo y por qué se establece ahí?; esto a través del abordaje del fundamento teórico de la histeria: donde la etapa fálica y su desarrollo psicosexual serán una pieza fundamental, así como conocer la historia del sujeto en relación con esta etapa.

Buscamos fundamentar con la teoría psicoanalítica a través de la perspectiva de las relaciones de objeto las líneas de investigación propuestas y que nos permitan explicar su subjetividad y dolor psíquico, así como la “elección” estructural histeria como opción a dejar la angustia en el cuerpo y no canalizarla en un objeto externo.

9- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

9.1 Aspectos teóricos y conceptuales

En este apartado empezaremos por presentar el contexto freudiano respecto al desarrollo conceptual y clínico de la histeria, desarrollando posteriormente la aportación de autores posfreudianos y neofreudianos.

Hablar de psicoanálisis implica hablar de histeria, ya que es a través de ella que el mismo Freud va construyendo su teoría y su método, y cómo cada una de sus grandes históricas le van dando la pauta para ir recolectando sus piezas claves: primero pasar de la hipnosis como camino para eliminar el síntoma, más no para entender su origen, dándonos su primera hipótesis: el trauma es el origen de la neurosis histérica.

Posteriormente visualizaremos la teoría de la seducción donde será el hecho de que no todos los padres son victimarios de sus hijas en un sentido real, lo que le haga pensar a Freud en otra causa (lo fantaseado) y ver cómo ésta versión aunque no haya sido vivida en la realidad, si lo es en la fantasía (idea que va de la mano con en el complejo de Edipo) y que ello será esencial para hablar de cómo las experiencias sexuales infantiles vivenciadas durante la etapa fálica y sucumbidas ante la represión, hacen su papel: permiten la instauración de una estructura, en este caso: histérica, donde el cuerpo tiene un papel principal, ya que es a través de él que podremos escuchar al síntoma y las reminiscencias históricas.

En el Diccionario de psicoanálisis de Laplanche (1967) encontramos histeria como: clase de neurosis que ofrece cuadro clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo:

anestias, parálisis histéricas, sensación de “bolo” faríngeo, etc.) y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias).

Freud en su artículo “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (1893) reconoce que en la mayoría de los casos, el simple examen médico no es suficiente, por penetrante que sea, para descubrir el origen de una enfermedad, menos una histeria, debido en parte a que se trate muchas veces de sucesos que al enfermo le desagrada recordar; pero, sobre todo, a que el sujeto no recuerda realmente lo buscado, e incluso ni sospecha siquiera la relación causal de su enfermedad.

Así, Freud hace un análisis sobre los casos que ha trabajado a partir de la hipnosis, donde pareciera que el objetivo aunque todavía no es claro para él mismo, es recordar y es a partir de ahí que da a conocer una serie de síntomas y establece por un lado la importancia del trauma psíquico como fuente de la histeria traumática, y por otro deja entrever ya la importancia de los sucesos infantiles y los estados hipnoides como un origen de la histeria, cabe aclarar que en ese momento aun no define el origen dinámico de la misma, sino que va trabajando los mecanismos de cada síntoma y no propiamente su etiología.

Sin embargo es este un primer acercamiento para definir la histeria y sobre todo considerar los inicios del psicoanálisis ya que establece la importancia del habla como un medio a través del cual el ser humano tiene la posibilidad de sustituir la acción, y con su ayuda el afecto puede ser abreaccionado.

Por otro lado Freud plantea diferencias entre la histeria común y una traumática; sus investigaciones lo llevan a considerar como origen el trauma psíquico, como el hecho que incita afectos penosos, -aunque aun no da paso a eventos sexuales reprimidos como factores que originen la histeria en general- , de horror, de angustia, vergüenza combinados con la predisposición personal del

individuo, sin embargo no es una relación cien por ciento directa: trauma psíquico igual a histeria traumática, sino que se va descubriendo que es su recuerdo el que ejercerá gran influencia en su aparición dando paso a una de sus primeras máximas respecto a la teoría de la histeria: “el Histérico padece por la mayor parte de reminiscencias”, teoría que después dejará.

Freud llega al punto de considerar la sexualidad como origen de la neurosis como una condición que permitía al sujeto canalizar sus reacciones frente a una situación que le era intolerable, haciendo hincapié en que no siempre se tenía la posibilidad de abreaccionar y que muchas veces esto dependía más del estado psíquico del sujeto o bien que el mismo sujeto rechaza, inhibe o bien suprime inconscientemente dicha situación dando paso a diversos síntomas, entre ellos los histéricos.

Ahora bien, hasta este momento dichos planteamientos no parecen demostrar la analogía patógena de la histeria corriente con la traumática y por lo tanto poder definir aquella bajo los lineamientos del concepto de histeria traumática. Así la histeria traumática, su verdadera causa no es la leve lesión corporal, sino el sobresalto, una emoción intensa ya de vergüenza o temor, el llamado; trauma psíquico.

Pero, es a partir de la histeria corriente donde Freud da otro panorama y habla de no solo un gran trauma, sino de varios traumas parciales, que solo en su conjunto pudieron exteriorizar efecto traumático y forman una trama en la medida que construyen la historia histérica; o bien, circunstancias que estando en tiempo y forma con un acontecimiento de genuina eficacia han adquirido la calidad de traumas.

Ahora bien Freud es claro al establecer que ya sea el trauma psíquico o su recuerdo vivenciado como presente, es lo que dará origen a cada signo, síntoma y rasgo de que es la histeria: así el cuerpo se convierte en el primer rasgo: es el

cuerpo el que habla, el que grita, es el que permite a ese sujeto escindido dar paso a cada síntoma, para empezar-la bella ignorancia o indiferencia-;no recordar nada, porque es mejor escindir, es mejor desplazar a un órgano o parte del cuerpo ya porque resulta conveniente, o bien por su proclividad a ser erogenizado, reconociendo entonces como principales mecanismos de defensa: la represión, mecanismo que permitirá al yo enfrentar toda esa excitación sexual que es vivenciada y no puesta en acción, es decir, le permite al yo separar el afecto de la idea.

Y en ese último orden de ideas el profesor hace hincapié en los beneficios de la palabra como método y vía al inconsciente de hacer recordar (posteriormente hablara del retorno de lo reprimido) el evento que dio origen, claro es una apuesta teórica por la hipnosis como el método terapéutico que le permite inducir a sus pacientes a un estado hipnoide; (sin tener en cuenta los giros que dará este método, gracias a sus grandes históricas: Elizabeth von R caso contenido en Estudios sobre la Histeria (1905) que le dará a Freud, la pauta para buscar que el paciente hable sin estar bajo un estado hipnoide, Ana O paciente de Breuer le ofrece la posibilidad de pensar en la palabra como vía para acceder al síntoma, en fin, de hacer “limpieza de chimenea” como analogía psíquica y el caso Dora le ofrece las condiciones para analizar varias ideas, donde busca demostrar y a la vez descartar la validez de sus propias tesis sobre la neurosis histérica: etiología sexual, conflicto psíquico, herencia sifilítica y exponer la naturaleza del tratamiento psicoanalítico, muy distinto de la catarsis y la hipnosis, y en adelante basado en la interpretación de los sueños y la asociación libre.

Todavía en su texto “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (1893), Freud sigue trabajando la línea de el trauma como origen de la histeria y aún en las neurosis histéricas corrientes, le da gran peso aunado a la proclividad del sujeto para que se origine esta última, sin embargo un gran paso lo es el hecho de empezar a trabajar la palabra y el afecto: “Descubrimos...Que los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y

sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto”. (pág. 32, 1893).

El mismo Freud aún no alcanza a vislumbrar los efectos del inconsciente pensándolo como atemporal, siendo necesario tener en cuenta también desde qué tópica intenta describir a las histerias en este 1893, una primera línea es que lo hace desde la primera tópica (consciente, preconsciente e inconsciente,) por lo cual conceptos como, abreacción y catarsis serían en un primer momento los objetivos de sus intervenciones hipnóticas.

De lo anterior Freud establece como origen de la histeria, además de la escisión de la conciencia, de separar ese afecto de la idea, el modo en que se haya vivenciado el trauma psíquico: llámese sobresalto, afecto penoso, vergüenza; porque no se reaccionó frente al mismo o bien porque las circunstancias sociales no lo permitían, siendo esencial para la constitución de la histeria el recuerdo que permanecerá de dichos traumas y como un segundo origen la proclividad psíquica del sujeto ante un trauma, donde la idoneidad determinada: el momento de la represión, el órgano afectado, todos ellos permitirán la aparición del síntoma histérico; ambos orígenes son trabajados en un estado hipnoide en el cual Freud en este momento apuesta como el contexto psíquico en el que es posible a través de una rectificación asociativa (y no propiamente una rectificación subjetiva) lograr que el cuerpo calle, que el soma ya no esté afectado y que la acción de las representaciones psíquicas sea cancelado por esa rectificación asociativa, aunque sea en estados de hipnosis.

Ahora bien, es imposible pensar en esta única línea teórica como origen de las neurosis histéricas y Freud no se queda ahí, hay que pensarlo como un investigador incansable y sobre todo como la evolución de sus trabajos le van marcando y confirmando nuevas líneas de investigación para dar respuesta a la

subjetividad humana; por lo que esta primera teoría del trauma es posteriormente descartada, dando paso a: la sexualidad como etiología de las neurosis, no sin antes descartar, la teoría de la seducción, donde la histeria es el prototipo de la neurosis definida como enfermedad nerviosa, donde interviene un trauma: la mujer es abusada y el victimario siempre el padre; idea que posteriormente será retomada como un mecanismo de defensa del cuadro histérico y manejando ahora una jerga conceptual diferente: vivencias sexuales y con su respectivo efecto patógeno.

Ya empieza a hablar de una excitación sexual no tolerable para el yo (ya no es evento traumático) y dejando atrás la neurosis histérica traumática, para hablar de las neurastenias y neurosis de angustia, donde no hay descarga completa de la libido y la satisfacción es incompleta, así las cosas, la histeria ya no tiene que ver con el trauma sin abreaccionar, sino con vivencias sexuales infantiles y serán sucesos sexuales actuales en el caso de las neurastenias y neurosis de angustia; ahora las huellas psíquicas serán fundamentales para el revivenciamiento de dichas vivencia sexuales; donde se muestra una alteración somática relacionada con el recuerdo de esa vivencia, y que finalmente se muestra simbolizado en el cuerpo y no en palabras, porque no alcanzan los canales asociativos entre afecto e idea, y por lo tanto es mejor la elección de un órgano para situar la angustia.

Queda claro que para poder bien fundamentar este análisis de caso es necesario retomar variados artículos de Freud, desde El sepultamiento del complejo de Edipo de 1924, a través del cual sigamos el desarrollo psíquico de esa etapa y su desenlace como influyo en la estructuración de la histeria de conversión; La etiología de la histeria de 1896, La sexualidad en la etiología de las neurosis del año 1898 y revisar el papel fundamental que juega la sexualidad en la presencia de los síntomas e inhibiciones que se mueven en este caso; por otro lado distintas conferencias donde se aborden la vida sexual, la angustia,

sexualidad femenina, entre otros artículos que en su conjunto clarifiquen este estudio.

Ahora bien después de Freud otros autores han hecho aportaciones al estudio de la histeria, no definiéndola, pero si , estableciendo otras líneas teóricas que complementen el entendimiento de sus orígenes; así a través de las aportaciones de Melanie Klein quien retoma las influencias que se dan en el desarrollo temprano y las ansiedades tempranas que viva un determinado sujeto en su relación con ese primer objeto de amor: la madre, así desde la postura de esta autora es fundamental analizar “el significado de las situaciones tempranas de ansiedad en el desarrollo del yo”, en Amor, culpa y reparación (1990, pág. 230,) , ya que ellas son las que matizarán su futura estructuración, entre otras la neurosis histérica; así como también determinaran las características de sus relaciones objetales.

Y en una línea postfreudiana, rescatamos los aportes de Joel Door, quien con un tinte lacaniano nos permite realizar una “decodificación rigurosa de los rasgos de estructura, en detrimento de la detección de síntomas” así en su obra: “Estructuras clínicas y psicoanálisis” (2006) nos permite establecer la sintomatología de la histeria desde la perspectiva del fantasma y sus significantes; así como retomar también la importancia que le da a la figura materna dentro de la historia de un sujeto histérico: “En todo sujeto histérico persisten, de manera más o menos invasora, los vestigios de una queja arcaica que se desarrolla sobre el fondo de una reivindicación amorosa referida a la madre. En efecto, 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*”(Door , 2006)

Por otro lado en este tipo de casos también se puede hablar de cierto masoquismo erótico, tal como lo plantea Otto Fenichel en su obra: “La teoría psicoanalítica de las neurosis” (2008), donde establece que en apariencia el masoquismo contradice el principio del placer.

Así en los fenómenos masoquistas pareciera que el dolor produce placer y constituye un objetivo que el individuo está decidido a lograr. El masoquismo evidencia un conflicto entre el impulso y la angustia, al mismo tiempo que lucha por la satisfacción y de manera contradictoria busca posponerla. Por lo que también a través del masoquismo que se pretende anticiparse activamente un mal menor, el cual es complicado a causa de otro factor, que explica la simultaneidad entre el dolor y el placer.

El masoquismo erótico, como cualquier otra sensación en el organismo humano está unido al hecho de que una sensación de dolor puede originar excitación sexual a los niños, ya que se trata de una intensa excitación de la piel y de los músculos, de esta manera la conducta en apariencia activa, o sádica esconde en los niños una necesidad de ser gratificado por el masoquismo erótico. Las fijaciones al masoquismo erótico pueden causar que el sufrimiento sea un prerrequisito del placer como una fuente de placer. Una de las causas de este tipo de masoquismo tiene que ver con la simultaneidad del placer erótico y reaseguramiento en contra del temor a la castración. El sujeto se siente seguro una vez que se somete a un "castigo" pues de esta manera alcanza el perdón y el placer sexual.

Finalmente creemos importante dar una lectura y una explicación a este caso desde la teoría psicosomática, esto en función de que la vida biológica individual tiene una injerencia importante en la subjetividad, y su conjugación finalmente es causa de un sufrimiento; ya que el sujeto ante la incapacidad de poder apalabrar su malestar psíquico, encuentra dentro de las manifestaciones psicosomáticas una forma de solucionar su conflictiva interna, así que pudiéramos considerar al cuerpo como un puente entre las manifestaciones somáticas y la represión.

A lo largo de su historia el psicoanálisis, desde sus diferentes marcos teóricos, ha realizado valiosas aportaciones. Su creador Freud realiza tanto un método como toda una teoría que permite entender al ser humano; y una de sus aportaciones principales fue el diferenciar las psiconeurosis de defensa de las neurosis de actuales, aportando al conocimiento de la misma un origen o sintomatología distinta. “Así mientras que las manifestaciones corpóreas de las psiconeurosis estarían más en función de mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicosomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicosomática y lo psicosomático”, (Otero, 2004, pág. 3).

Por un lado existe un enfoque que trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, como parte de un universo simbólico, es decir “como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación” Este enfoque es retomado por autores cercanos al pensamiento kleniano, quienes mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional).Ibíd.

Por otro lado, está un enfoque distinto, el cual trata de diferenciar entre lo conversivo y lo psicosomático. Así los síntomas somáticos tienen detrás un fundamento simbólico y por lo tanto los leeríamos como una manifestación más evolucionada de un conflicto psíquico, en “la patología psicosomática este contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica, vacía, deslibidinizada y sin sentido.”Ibíd.

Es de destacar que los inicios de Freud están relacionados con la medicina, pero a la par se va dando cuenta que no era suficiente su óptica para dar respuesta a las diversas manifestaciones que sus pacientes mostraban, Freud destacará la íntima relación e influencia de factores psíquicos en el aspecto biológico y particularmente en la formación de síntomas somáticos.

Desde sus primeras aportaciones en Tratamiento Psíquico, tratamiento del alma (1890), ya dejaba ver sus primeras hipótesis en este sentido: “los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto enfermedades de otros órganos”. “Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos”,... “cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas” (pág.119-120).

Y es con estos antecedentes que hacemos una revisión de este caso, donde se “hace de la histeria el modelo de toda somatización, extendiendo a lo pregenital el proceso de conversión simbólica” (Otero, pág. 6 2004), modelo de conversión histérica descrito por Freud.

10.- METODOLOGIA

10.1 Método

El método de intervención psicoanalítica se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa, por lo cual es necesario definirla:

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa llamada también fenomenológica, se caracteriza, entre otras cosas por la obtención de información de manera inmediata y personal, utilizando técnicas y procedimientos basados en el contacto directo con la gente o realidad que se investiga.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA:

Tomando en cuenta esta definición y que el objetivo sería la obtención inmediata y personal de información, en el caso concreto de un caso psicoanalítico, la investigación cualitativa se dirigiría al conocimiento del inconsciente, sus distintas manifestaciones, así como el contexto que finalmente dio origen a la subjetividad del paciente.

ESTUDIO DE CASO PSICOANALÍTICO

Es una estrategia de intervención clínica que consiste en el entrelazamiento del método de investigación, método terapéutico y construcción de teoría que se unen con el fin de indagar los procesos inconscientes que definen la subjetividad.

10.2 Modelo psicoanalítico

El modelo de intervención para el abordaje clínico es el método psicoanalítico, modelo que implica el establecimiento de las condiciones para instaurar un proceso psicoterapéutico que ofrezca la información significativa necesaria para establecer una relación dialógica que permita a la pareja terapéutica lograr niveles de concienciación que permitan elaborar y superar las problemáticas psíquicas patológicas.

10.2.1 Aspectos teórico-metodológicos.

Partimos del supuesto que el método de abordaje psicoanalítico se sustenta en la concepción de sujeto psíquico escindido, es decir, sujeto inconsciente y como estrategia de abordaje se propone que dé cuenta de las características de este sujeto; aclarando que la segmentación solo es de valor expositivo, pues en la práctica clínica, estas se pierden y la experiencia nos aparece como un todo integrado.

10.2.2 Dispositivo analítico

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, interpretación cualquiera), ya sea de forma espontánea.

Evidencia un determinado orden del inconsciente: El método de las asociaciones libres tiene por objeto poner en evidencia un determinado orden del inconsciente: Cuando se abandonan las representaciones-fin conscientes, el curso de las representaciones pasa a ser gobernado por representaciones ocultas.

Procedimiento definido por Sigmund Freud entre 1892 y 1898, en virtud del cual, en la cura, el paciente expresa sin discriminación todos los pensamientos que le pasan por la mente.

Regla de la asociación libre: regla constitutiva de situación psicoanalítica, según la cual el paciente debe decir todo lo que le pasa por la mente, y principalmente lo que siente tentado a omitir por la razón que fuere.

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 este, 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.

Consiste en una suspensión, tan amplia como sea posible, de todo lo que habitualmente focaliza a la atención: inclinaciones personales, prejuicios, supuestos teóricos, incluso los mejor fundados.

El médico debe de estar en condiciones de interpretar todo lo que escucha, a fin de descubrir en ello todo lo que el inconsciente oculta, sin que su propia censura venga a reemplazar la elección a la que ha renunciado el paciente.

Esta regla permite al analista descubrir las conexiones inconscientes en el discurso del paciente.

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, aun determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

La neutralidad no alude a la persona real del analista, sino a su función: el que da las interpretaciones y soporta la transferencia debería ser neutral, es decir,

no intervenir como individualidad psicosocial; se trata evidentemente de una exigencia límite.

Abstinencia

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que este 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.

10.2.3 Encuadre psicoanalítico

Horarios: En ambos días se trabajó a las 9:00 am

Frecuencias por semana: Dos sesiones por semana, lunes y miércoles.

Tiempo de la sesión: Las sesiones eran de 45 minutos.

Honorarios: \$50 pesos por sesión.

Posición: Todas las sesiones son abordadas cara a cara.

10.2.4 Proceso analítico

Transferencia

Proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos.

Resistencia

Designa el conjunto de las reacciones de un analizante, cuyas manifestaciones, en el marco de la cura, obstaculizan el desarrollo del análisis.

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 las conexiones asociativas.

En Introducción al narcisismo de 1914, Freud prosigue y desarrolla la idea de que la ausencia o las insuficiencias de elaboración psíquica son las que, provocando un estancamiento de la libido, se hallan, según diversas modalidades, en el origen de las neurosis y las psicosis.

Intervención

Dedución, 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 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.

10.3 INSTRUMENTOS.

Más que un instrumento este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico, desde esta perspectiva la producción de la información sería el resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico.

10.4 PROCEDIMIENTOS.

Los procedimientos tienen como objetivo describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica.

Se incluyen los siguientes elementos:

Método de asociación libre: la cual ya fue descrita como parte del dispositivo analítico

Formas de intervención: Interpretación, señalamiento, clarificación, confrontación, acompañamiento.

Frecuencias por semana: 2 sesiones por semana

Honorarios: \$50 por sesión, cuota establecida por el departamento de Trabajo Social de la Unidad de servicios Psicológicos de la Facultad.

Tiempo: 45 minutos

Condiciones institucionales: Las sesiones se llevan a cabo en uno de los cubículos del primer piso, donde hay distintas interferencias, ya el ruido por la contigüidad con otros consultorios, en algunas ocasiones esperar a que el terapeuta que trabaje antes del horario de sesión desocupe el cubículo a la hora señalada; por otro lado la paciente me paga directamente a mí, y posteriormente procedo al pago en caja.

11.- TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Son instrumentos operativos a través de los cuales se accede al discurso del paciente y con ello a actualizar la historia del individuo. Tiene un carácter eminentemente instrumental ya que por estos medios se obtendrá la información que será la base de la intervención clínica; partiendo de las entrevistas iniciales las cuales dan la pauta para que se produzca el trabajo clínico.

11.1 Instrumentos para recabar información

Ficha de identificación

Son aquellos datos que permiten identificar al paciente: nombre, edad, sexo, ocupación, oficio, nivel socioeconómico y su motivo de consulta.

Discurso del paciente.

Es la comunicación verbal y no verbal, inconsciente de un paciente.

Viñeta clínica

Es el registro anecdótico de las sesiones trabajadas con el paciente, donde se da cuenta del discurso del paciente, sus asociaciones, y del uso de los distintos instrumentos de concientización que utiliza el analista. Son utilizadas para supervisión o para fines académicos como el análisis de caso.

Preguntas sobre datos específicas

Se llevan a cabo por el analista para obtener claridad sobre el discurso del paciente.

11.2 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

Instrumento que tiene como finalidad llamar la atención del paciente para que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar una mayor información de lo que acontece.

Confrontación

Herramienta con la cual se dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas.

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 tantos reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

Las técnicas y las estrategias de intervención son instrumentos que 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 le da eficacia y sentido en la intervención clínica.

II.- ESTUDIO DE CASO CLINICO

1.- Historial clínico

Paciente femenina, de 57 años, casada, con 4 hijos, sastre de oficio; y quien llega a la unidad de servicios psicológicos, remitida por su doctora, ante distintas sintomatologías físicas sin una referencia física como origen.

1.1. Resumen general del caso clínico

María es una mujer casada desde hace más de 30 años, tiene cuatro hijos: tres hombres y una mujer. Ella, de profesión sastre, acude a la clínica de la Facultad de Psicología, de la UANL referida por su doctora, quien finalmente le dice Usted tiene el síndrome de las tres P: “si lo de usted es puro pinche pedo”, así la paciente llega a consulta porque padece de ataques de ansiedad, taquicardia, miedo, y más de tres consultas a la semana con el médico por distintos malestares, desde gripa, dolor en el estomago, oído, taquicardia y un gran temor a desmayarse y sobre todo sin padecer ninguna enfermedad crónica.

Una de sus primeras quejas es el estar constantemente preocupada por sus hijos, en particular el mayor: Daniel, a quien define como un hombre compulsivo, con ataques de limpieza extrema, pasa constantemente un trapo con cloro por todos lados por tener el miedo persistente de que se puede contagiar con microbios, de ahí que solo puede comer la comida que María cocina, no come en la calle y los alimentos que él prepara pasan por todo un ritual de limpieza, por ejemplo dejar la lechuga por 12 o más horas desinfectándose, hijo por el cual María muestra mucha preocupación y ansiedad, ya que tiene miedo de que se quede en su cuarto, que no salga, ya que Daniel oscila entre la depresión y la manía.

María justifica a Daniel: diciendo que vivió la etapa más cruel de su matrimonio, desde hambre hasta ser golpeado fuertemente por el padre , niño al que aventaban como un guiñapo sobre el sofá y María intercedía para que no fuese lastimado, interponiéndose entre su esposo Pedro y su hijo, recibiendo ella muchas ocasiones los golpes de su marido; así ese hijo ha jugado un papel importante en su malestar psíquico ya que Daniel permite a María moverse entre la supermamá y la víctima; madre todopoderosa que se preocupa por lo que comerá este hombre adulto que corre peligro de que lo invadan los microbios, y sobre todo por encontrar en este hijo una causa de sus malestares físicos :*”Me he dado cuenta que cuando Daniel está mal, yo estoy mal, me duele todo, estoy triste, me siento sin ganas de salir”* o bien *“me he dado cuenta que mi dolor en la rodilla si es real, no se me ha quitado, y todos los demás dolores si, si me distraigo se me quitan, si ya no estoy al tanto de Daniel, por ejemplo si ya no me preocupo de que se vaya el viernes y no sepa cuando regresa o con quien se quedará, el tiene que ver por sí mismo”*.

Hay otros dos hijos varones y una hija la menor, esta hija la confronta y cuestiona por como atiende a sus hermanos y exige las mismas consideraciones que María da a sus hijos varones: comida para llevar de lonche, ropa limpia, dinero para su gastos aunque ella trabaja, pide la dejen beber alcohol en su casa en compañía de sus amigos sin que haya reclamos, pide salir y entrar por la madrugada a su casa, en fin desde lo consciente un mismo trato, por otro reclama una falta de interés, falta de apoyo, parece pedir que su mirada también sea puesta en ella, ante esto María no da, y dice ella es mujer y tiene que aprender a valerse por sí misma, y sobre todo se pone de ejemplo: *“Zoraida pórtate bien, que si no cuando te cases te tratan mal, si portándose bien siempre te están reclamando, yo no quiero que vivas lo mismo que yo, un matrimonio así es muy feo ”*; reglas que no aplica a los hombres de su hogar.

Finalmente esto no es conveniente para sus síntomas dejar de ser supermamá, empezar a dar cabida a un origen psíquico de todos sus malestares físicos,

esto en un primer momento, pensados estos eventos como uno de los detonantes de su padecer, siendo necesario pensar en cuáles son las piezas del ajedrez, es decir, de la historia infantil, actualizada en el dolor físico y entramado familiar que se pusieron en juego para que se gestaran.

Pedro es una pieza importante en este caso, es el esposo de María, hombre que se muestra violento hasta hace 4 ó 7 años, María no tiene claridad en ese dato, tiempo en el que ella ingresa a colaborar a una institución de asistencia social, circunstancia que se presenta como un parteaguas en su relación marital, ya que hasta antes de este evento Pedro era violento con ella y sus hijos ; hoy solo lo es con María, Pedro le reclama que una vez que esta entra a ese lugar *“todo valió madre”*, ya que María empieza a confrontar a su esposo a quien en algún momento amenaza: “ si me vuelves a pegar te denuncio”, es dentro de esa institución que María dice abrir los ojos tiene más información de sus derechos, se entera que el tener relaciones sexuales forzadas entre esposos es violación, escuchándose desde este relato ese lado erótico dañado.

Para María la sexualidad está relacionada como un abuso, ya del primo, de su primer novio, del marido, y su vida sexual es vivida con asco, con muecas de disgusto, con miedo a tener encuentros sexuales con su esposo desde el inicio de su matrimonio, donde este le propone juegos eróticos, ropa atrevida, sexy, poses sensuales, ver películas que los incite y ante todo esto María no accede, se muestra molesta, incomoda, con vergüenza, por un lado y por el otro con una bella indiferencia.

Y se pregunta ¿por qué Pedro le propone cosas que no le agradan?, si ya no tiene edad para eso, sí su figura ha cambiado; curiosamente... es una mujer que durante el tratamiento se ha presentado con una particular forma de vestir para sus -56 años, bien conservada-, accesorios llamativos, ropa ajustada, con escotes, corta en algunos casos, que dejan ver un cuerpo que provoca, deseable para Pedro y que ella solo atina a culparse y no acceder al placer erótico por su

constante angustia de ser señalada como prostituta por no llegar virgen al matrimonio y escuchando siempre a su marido quejarse que es un tonto al que todos se le adelantaron.

María al confesarse con Pedro y decirle que su miedo a los juegos eróticos que le propone le recuerdan los manoseos de un primo, ante el cual ella siente que nadie la defendía, ni siquiera la madre de ese primo y que estaba segura de que se daba cuenta de lo que sucedía; o bien el recordar como en su adolescencia al dormir al lado de su hermano una amiga le dice que las mujeres que duermen con sus hermanos tienen un bebé, o bien ese primer encuentro sexual rodeado de fantasías que no se cumplen en lo mínimo y se da sin más preámbulo en un lugar –detrás de unas piedras— donde la consigna es “*María bájate los pantalones*” donde ella accede, total ya habían hablado de matrimonio y pues eso es parte del matrimonio, acto seguido ese hombre desaparece de su vida, dejándola triste, decepcionada, desilusionada, y de nuevo angustia por el abandono de ese primer novio; historias todas que finalmente dejan marcas importantes en su vida sexual, erótica.

María a partir de los 4 años emigra junto con su madre y dos hermanos a la ciudad, la madre es viuda; contrae nuevo matrimonio cuando María tiene alrededor de 14 años y vive ese evento como una gran separación con un cuadro sintomático que la mantiene en cama más de una semana sin aparente causa y si con vómitos, sin poder caminar, con náuseas y donde es finalmente un doctor – recordando aquí la función paterna- quien le dice levántate tú no tienes nada y ella empieza a caminar, María recuerda que le reclama a la madre ¿porqué te casas?, no te hace falta un hombre, tu y yo estamos bien así, donde muestra todos sus celos edípicos, donde su dependencia de la madre queda más que evidente.

Insistiendo en como esa parte de su historia la vuelve a vivir con Daniel, ese hijo que parece no desear más allá de estar con la madre, y donde María

no alcanza más que a decir con bella indiferencia *¡que hice mal, que me regresan a mis hijos!*, esto ante las desavenencias conyugales tanto de Daniel como de Ernesto, que los hacen retornar al nido, a la casa de la madre, de esa madre que es invocada como una supermamá incluso por el esposo, “*tú habla con tus hijos, a mi no me hacen caso, a ti sí*”, “*tú eres la madre, tu deber es ...*” ser madre que este siempre al tanto de sus hijos, cosa que le acomoda puesto que deja de lado su vida erótica.

Reactualizando esa gran demanda infantil, ¡madre atiéndeme solo a mí!, ella no toleraba las ausencias de la madre cuando salía a trabajar y caminaba calles y calles para encontrarse con esa mujer que la atendía y la escondía en un pequeño cuarto de su trabajo, sola, sin hacer ruido, sin hablar con nadie, eso era preferible, a estar lejos de la madre...máxime si se es tan pequeña 6,7, 8 años que más da, la necesidad es independiente de la edad cronológica, porque aún hoy le llora.

Así, la muerte de la madre de María es un evento central en el desencadenamiento de sus síntomas físicos, la madre recorre un gran camino de enfermedades, desde una embolia cerebral hasta enfermedades respiratorias graves, que finalmente la llevan a la muerte, y ante ésta, aparecerá la culpa en María, una culpa que surge debido a que ella siente que pudo haber hecho más y aun años después no puede rescatar todas las atenciones y cuidados que le brindó a su madre durante su enfermedad, donde la muerte es sentida como otro abandono; y el cuerpo lo habla: aparece una alopecia reflejo de su angustia de separación, que la hace acudir al psiquiatra, quien le recomienda todo un coctel de medicamentos para enfrentar su angustia: tafil, clonazepam... el objetivo es tapar cualquier mensaje que de muestra del sufrimiento psíquico.

La sensación de abandono es constante en ella, lo que es palpable en sus relaciones objetales actuales, si a sus compañeras y amigas no las ve, si faltan al trabajo, si no la acompañan o la escuchan se siente sola, desamparada, se

vive con miedo, su sentir es *“es como estar cobijada y de repente alguien te descobija, si esa sensación de no tener nada que te tape”*...y en una sesión me regala una chalina...color azul rey y dorado... transferencia, colores de la Facultad de Psicología.

¿Y el padre? la figura paterna hasta este momento del tratamiento ha aparecido en su discurso una sola vez y es el recuerdo de su muerte, María dice que desde que él muere, época en la que ella tenía alrededor de 3 años, siempre vivió con angustia, solo tiene un recuerdo de él : *“Oye que su padre le habla a su madre, mujer acércame a mis hijos porque ya me voy, a mi no me dejan acercarme a su cama... veo la cocina que estaba separada del cuarto de mi padre por un pasillo , voy a traer algo de comer para mi padre, pero no me dejan acercarme...después ya solo voy en una carreta con mi mama y le pregunto ¿A dónde vamos? Vamos a enterrar a tu padre”*.

Al día de hoy María sigue en tratamiento, de sus hijos casados menciona que uno vuelve con su esposa, el otro tiene una nueva pareja, Zoraida sigue confrontándola y Pedro parece aceptar a su pesar los movimientos que María ha hecho. Entre estos, están el seguir yendo a la institución de asistencia social, el dejar que sus hijos se hagan cargo de sus dificultades y dice: *“si me piden ayuda o mi consejo, se lo doy, estoy dejando de intervenir tanto en sus vidas, pueden ellos solucionar su vida”*, y si Pedro me presiona para que sea yo quien atienda a mis hijos le digo: *“ya no son unos niños, creo que se pueden atender ellos mismos” o “tú atiéndelos”*.

Avanzado el tratamiento introdujo dos temáticas centrales, su vida sexual, y aunque no lo exprese verbalmente, sus expresiones faciales dan cuenta de que la vive con asco y vergüenza; también ha dado lugar a cuestionar el origen de sus malestares físicos: *“ya no se qué pensar si mis enfermedades no son enfermedades, entonces son por mi mente...”*.

Los recuerdos se han hecho presentes, uno de los más significativos es el de su madre haciéndola tomar la orina de su hermano para que dejara de ser berrinchuda.

Ha viajado en distintos momentos sin el anterior costo emocional, puede ir a determinado lugar sin enfermarse ante la posibilidad de pasarla bien.

Por otro lado es de resaltar que Daniel el hijo mayor ha presentado dos “quiebres” emocionales por los que ha sido necesario que la familia lo internara en la unidad de Psiquiatría de la Facultad de medicina, la primera ocasión cerca de un mes, y la segunda por algunos días, ello ante las dificultades de Daniel de hacerse cargo de sí mismo, ya que tuvo pérdida de contacto con la realidad, tiempo y espacio, se mostro agresivo con Diana su pareja y María; ahora bien este evento ha sido fundamental en la evolución del caso ya que la paciente logra enfrentar estos eventos sin tanto monto de angustia, ella misma dice *“pensé que iba a reaccionar de manera diferente, pensé que me iba a enfermar y no, si estoy preocupada pero no tengo malestares físicos”*.

1.2. Motivo de consulta

Atención psicológica ya que fue referida por su doctora de cabecera, quien le dice que ella no le puede recetar medicamento alguna ya que no se encuentra enferma, que lo suyo es el síndrome de las tres “p”, lo suyo es “puro pinche pedo”, la paciente tiene visitas recurrentes al médico ya que constantemente se siente mal, gripa, dolor de oído, cabeza, pero lo que más le preocupa son su malestares en el pecho, el brazo izquierdo, siente una gran opresión, taquicardia y le falta el aire y esto le provoca gran ansiedad, temor y pánico de que le dé un ataque al corazón, se desmaye y no esté nadie que la pueda ayudar y esto provoque que ella vaya a estar internada en un hospital.

Cuando tiene estos síntomas la paciente opta por regresar de donde se encuentre hacia su casa.

Así mismo refiere un cuadro de alopecia que trató con psiquiatra, para ello tomó distintos medicamentos: tafil, clonazepam.

Otro de los motivos de consulta es su hijo mayor, el cual refiere como un hombre maniaco depresivo, el cual le preocupa mucho, es un hombre que pasa mucho tiempo encerrado, obsesivo de la limpieza y que solo come lo que ella le cocina, esto ante el temor de consumir comidas en la calle que le pueda provocar enfermedades.

1.3. Demanda de tratamiento

Quiere sentirse mejor, ya no tener enfermedades, malestares físicos y dejar de ir al médico constantemente.

Su principal demanda de análisis, dejar de sentirse mal y entender el origen de sus enfermedades y su miedo.

1.4. Sintomatología actual

Dadas las características centrales del caso, primero enumeramos los síntomas físicos, dado que son ellos los que detonan todo el aspecto psíquico, así la paciente presenta como principales síntomas ante determinadas situaciones y circunstancias que le provocan dolores físicos, como dolor en el pecho, brazo izquierdo, palpitaciones, sofocaciones, “bolo faríngeo”, en otros casos dolor en rodillas y cuadros de gripe, todo lo cual desata en la paciente una gran angustia que la hace sentirse mal ante la idea de realmente estar enferma; la familia la contuvo en algunos momentos, pero la empiezan a ignorar dados sus diagnósticos negativos de enfermedad alguna.

En otros momentos ante la aparición de los síntomas físicos la paciente podía regresar del lugar en que se encontrara a su casa, el objetivo era siempre bajar la angustia ante la posibilidad de que “algo” realmente le sucediera y nadie la pudiera auxiliar.

Sus síntomas físicos, la mayoría de las veces desaparecen o disminuyen drásticamente ante el dicho de algún médico de “usted o tiene nada”, razón suficiente para que cedan los síntomas en ella.

Refiere que muchas veces sus síntomas la han hecho dejar de lado situaciones placenteras, ya que se presentan los síntomas en ocasiones donde ella tiene la amplia posibilidad de disfrutar: entrada la noche antes de dormir o al acostarse, donde está la posibilidad de encuentros sexuales con su esposo, en reuniones con amigas, viajes donde ella va sola.

1.5. Impresión diagnóstica.

Dadas las características y la información recabada, se sitúa a la paciente dentro de una estructura de neurosis de histeria de conversión, donde sus síntomas físicos, “son una manifestación de su energía libidinal transformada en una inervación somática”.

2.- ESTRUCTURACION SUBJETIVA

2.1 CONTEXTO FAMILIAR

María pertenece a una familia que en un primer momento estaba constituida por su madre, padre, una hermana, y hermano ambos mayores que ella; pero tiempo después sabe que tiene hermanos mucho mayores que se habían ido de su casa para vivir en Monterrey y otras ciudades, así es como conoce a una de las hermanas mayores, en la época en que María se casa.

Así en un primer momento su vida familiar se da en su lugar de nacimiento, Zacatecas, donde había vivido hasta la muerte de su padre, el hecho suficientemente significativo, momento a partir del cual su madre, decide emigrar hacia la ciudad de Monterrey, junto con ella y los hermanos.

Ya en la ciudad de Monterrey, viven en un ambiente de grandes carencias económicas, la madre se ve obligada a trabajar y con ello dejar a María en distintos lugares y bajo el cuidado de distintos familiares, casi siempre su tía, o en otros casos dejarla sola a ella y sus hermanos en casa; María lo experimentará como un abandono constate.

Otro hecho importante son las segundas nupcias de su madre, lo cual detona en ella sus síntomas “conversivos” en aquel momento, y como la madre decide finalmente casarse.

María le dice, “para que te casas si me tienes a mí”, y ante la frustración de sentirse desplazada, cae en cama con malestares físicos importantes: vómitos por una semana, dolores de cabeza, no poder levantarse de la cama, y un diagnóstico sin causa médica alguna para estos síntomas.

María recuerda un entorno familiar en su edad infantil viviendo con una madre que constantemente la abandona, la deja para ir a trabajar, que no la defiende, y que no es afectuosa con ella, por lo general refiere escenas donde ella es capaz de caminar sola por calles y lugares solitarios, muy pequeña para ir a encontrarse con su mamá, o bien tolerar ser encerrada en espacios reducidos de los lugares donde trabajaba la madre ante el temor de que sus patrones la pudieran encontrar y correrla; María dice que todo eso era preferible a estar sola, abandonada.

Adriana es la hermana que creció con ella, la describe como una mujer sumamente callada, sumisa y temerosa, y con la cual ella siente la necesidad de estarle sacando las palabras a tirabuzón, es poco el contacto que mantiene con ella actualmente.

Bernardo, es el único hermano varón que crece con ella al poco tiempo decide abandonar a la madre y a ella, María dice que al no tener casa y estar de arrimados en distintos hogares, eso hacía que tanto ella como sus hermanos fueran discriminados, regañados, en otros casos corridos, culpabilizados de las travesuras de otros niños, y que pasaban hambre; todo lo cual hace que su hermano decida abandonarlas y regresar a su ciudad natal, dice que lo entendió ya que muchas veces veía como su hermano era el que padecía más hambre y regaños, también es poco el contacto con él.

Su hermana mayor Carmen, murió hace años, con ella había una muy buena relación, ella y sus hijas acompañaron y ayudaron a María cuando su madre estaba enferma, actualmente es la parte de la familia con la que más cercanía existe, expresa un gran afecto por sus sobrinas; y es con quienes convive más.

Tiene una hermana que reside en la ciudad de México, Delia, la cual es mayor que ella, es hipertensa y diabética, esta hermana confronta a María

diciéndole “cómo es posible que tu estés peor que yo si tú no tienes enfermedad alguna”. María dice que no sabe cómo Delia es capaz de enfrentar la vida con dichas enfermedades y un esposo que fue alcohólico, solo atina a decir que ella muchas veces está ansiosa, preocupada, cansada, y sin ánimos de hacer algo, y en otros con un gran temor a morir.

Otra de sus hermanas vive en la ciudad de Reynosa, Tamaulipas, se llama Emilia y con ella no hay una buena relación, es quien más le achaca a María haber sido la preferida de la madre; y María dice que fue quien menos le dio apoyo cuando la madre estaba enferma.

Es la madre la figura preponderante en la historia de María, es descrita como alguien que la abandona, poco afectuosa; durante su adolescencia es una madre desconfiada que constantemente la esta regañando, y cuestionando si acaso no estará “panzona”, por sus constantes vómitos matinales, esto en la época en que la madre se casa; por otro lado cuando María se casa y le pedía apoyo solo atinaba a decirle que si ya se había casado tenía que aguantarse, que así era la vida en el matrimonio, o bien le daba constantemente consignas que aun hoy la persiguen: “diciéndole, lava los trastes, no seas cochina, no dejes para más tarde las cosas”, todo lo anterior estaría ligado a una de las premisas principales para los síntomas de María, ya que muchas veces se le impone esta idea y es preferible atenderla que pasar un rato de descanso, es necesario realizar el deseo de la madre, que asumir uno propio.

El padre, poco figura, solo hay dos recuerdos hasta el momento de la realización de este trabajo, y es un mismo evento relatado dos veces: su muerte, recuerda que estando a punto de morir pide que le lleven a sus hijos para darles la bendición; en el segundo momento también recuerda su muerte, pero ahora lo recuerda regañándola por estar encima de muchas almohadas observando por una ventana, dice que no tiene siquiera un recuerdo de su rostro; tan sólo tenía 3 años cuando él fallece.

Y la madre no transmite ninguna palabra del padre, parece una figura nulificada, muerta física y simbólicamente desde que era pequeña y del que sabe que murió tal vez por cirrosis y que trabajaba en la vinatería del pueblo.

Su propia familia está conformada actualmente por su esposo: Pedro, cuatro hijos, tres varones: Daniel, Ernesto y Felipe y una mujer Zoraida; todos adultos, profesionistas; Daniel está separado, pero actualmente vive con una pareja distinta, Ernesto está casado y los dos menores están solteros; de todos ellos es con Daniel con quien existe una relación muy particular.

Pedro es un hombre violento, que durante mucho tiempo agrede a María, no trabajó también por una larga temporada; constantemente la humilló ante la confesión de ella de no llegar virgen al matrimonio; es un hombre que María define como morbosos, y con el que la vida sexual hasta antes de la muerte de la madre de María, la consideraba tolerable; después de este evento la vive como intolerable.

Daniel el hijo mayor, es definido por María como un hombre compulsivo, que puede pasar de la depresión a la manía, hijo por el cual muestra mayor preocupación y ansiedad, es inestable laboralmente, recientemente estuvo internado en una clínica Psiquiátrica a raíz de un desequilibrio emocional (quiebre) presentó un episodio de agresividad y pérdida de contacto con la realidad que lo hace agredir a su madre, a su actual compañera y al padre de ésta; actualmente se encuentra en tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Es este hijo quien hace que María hoy día pueda cuestionar el origen de sus síntomas, ya alcanza a colegir que mucho influye el que Daniel este bien para que ella se sienta bien, y por el contrario sus síntomas se detonaban cuando él no está; cabe destacar que durante el internamiento de Daniel, María reacciona de una "buena" manera, de una forma que le permite afrontar el quiebre emocional de

su hijo sin asumir de una manera consciente o inconsciente la angustia que este evento le hubiera podido causar; ante dicha situación y ella misma lo observa: *“pensé que iba a reaccionar de otra manera, pero me siento fuerte”*.

Sin embargo, es en otro momento donde la culpa la abraza y se cuestiona qué tanta es su responsabilidad en la presencia de la sintomatología de Daniel, al grado de aparecer sus síntomas físicos.

Ernesto, su segundo hijo, es profesionista, casado, en algún momento del tratamiento se separa de su esposa y también vuelve a la casa de sus padres, posteriormente soluciona sus situación y vuelve con su esposa; Ernesto es junto con Felipe, hijos que apoyan y defienden a María del padre, la animan para que haga las cosas que quiera; también es el hijo que apoya e invita a María para que salgan a pasear, a comer, en fin, es el que la invita a disfrutar de diversas actividades.

Felipe, es el menor de los tres varones, soltero y con una relación de pareja estable, aun vive en la casa paterna; él es quien en muchas ocasiones cuando era espectador de las agresiones de Pedro hacia María la defendía, y en las últimas ocasiones, le hace ver a Pedro que es él quien comienza las discusiones, quien provoca y la molesta.

María refiere a Ernesto y Felipe, como los hijos que menos dolores de cabeza le dan.

Zoraida, la única mujer, es con quien María tiene en su momento constantes desencuentros, peleas y discusiones, ya que ella no está muchas veces de acuerdo con María, amén de que Pedro, el padre la solapa, y apoya en la mayoría de las acciones que Zoraida emprende, como ejemplo el irse de la casa.

2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS.

La madre:

Ya que es una de las figuras que más influencia tiene en la estructuración y presencia de los síntomas de María, la percibe como una mujer que la abandona, que no la defiende, que la excluye, la regaña constantemente; así las segundas nupcias y su muerte son hechos sumamente significativos, el casamiento rompe ese vínculo entre ellas, la paciente reconoce este hecho como el primer momento en que aparecen sus síntomas físicos; alrededor de los 14 años; estos estarán presentes desde ese momento hasta su boda a los 23 años; principalmente el vómito.

Desde ese momento y hasta la enfermedad de la madre los síntomas parecen estar dormidos, por lo que la muerte de su madre reactivará su sintomatología (infantil), alopecia, misma que la leemos como primer síntoma ante la separación materna y la constante culpa por no haber hecho más para cuidarla durante su enfermedad; presenta sentimientos de tristeza, angustia, variados síntomas físicos que la hacen acudir constantemente al médico, y por otro lado su vida sexual se vuelve intolerable; son todas estas situaciones la que la hacen moverse y decidir acercarse a una institución pública a incorporarse y empezar a convivir con otras mujeres.

Pedro, el esposo.

Es un hombre al que conoce siendo ella parte de un grupo musical y al que confiesa siendo novios que ella ya no es “virgen”, hecho que en ese momento no provoca nada en Pedro, sino hasta una vez casados. Pedro constantemente reclamará a María no haber sido el primer hombre en su vida sexual, la agredirá y humillará verbalmente, “eres una prostituta, y yo un pendejo al que todos se le adelantaron”; le estará recordando esa antigua relación a través de situaciones y circunstancia que Pedro relaciona con la vida sexual de María, por ejemplo, al

escuchar una canción le decía: “hoy tu canción” o bien “no te acuerdas de ese nombre”.

Por otro lado durante los primeros años de matrimonio Pedro era inconstante laboralmente; la mayoría del tiempo María trabajaba en su casa realizando labores como sastre; y no es sino hasta hace varios años que Pedro empezó a trabajar regularmente; Zoraida la hija menor trabajó durante mucho tiempo en el mismo lugar que Pedro.

Pedro también ha sido un hombre golpeador, Daniel, fue el hijo quien más vivió esta etapa del matrimonio, donde María también era golpeada.

Daniel, el hijo mayor.

Es un hombre que desde su ingreso a la universidad, María ya le “veía algo raro”, desde entonces ya le habían sugerido que iniciase un tratamiento psicológico, ya que en ese entonces no quería asistir a la universidad, tenía miedo y desanimo por cualquier cosa; María constantemente deja ver su temor por los estados de ánimo de Daniel, depresivo, maniaco en otros momentos, agresivo, compulsivo por la limpieza, y con un temor a ingerir comida de la calle y solo poder comer le cocina María; todo previo ritual de limpieza.

Recientemente con un “quiebre emocional” que lo lleva a estar internado cerca de un mes en una clínica psiquiátrica, presenta pérdida de contacto con la realidad, agresividad, llanto, angustia y desesperación.

La relación con este hijo es simbiótica, ante la mínima posibilidad de separación detona su angustia, sus síntomas por otro lado; y recientemente la culpa por sentirse responsable por los síntomas de éste.

Ernesto, segundo hijo:

Él es quien en variados momentos invita a María a salir de casa, a realizar lo que ella quiera, a sentirse bien, a darle paso a pensar en ella y dejar de lado las exigencias familiares y sociales, es también quien muestra de forma explícita su amor a María.

Felipe, tercer hijo.

Ha jugado el papel de defensor de María, tanto en su niñez al intervenir cuando su padre golpeaba a María, actualmente es quien más contiene a María en los diversos episodios que le provocan malestar, la alienta, la motiva, la anima y sobre todo insiste en que le dé oportunidad a Daniel de poder hacerse cargo de sí mismo, y que ella empiece a pensar en sí misma.

Zoraida, la hija menor.

Con ella hay constantes desencuentros y peleas, Zoraida tiene una alianza o colusión con el padre en contra de la madre, ya que reconoce en él a quien la cuidó cuando ella era bebé, ya que en ese tiempo María acudía diariamente a cuidar a su madre enferma, hecho que Zoraida reclama constantemente a su madre, “tú no me cuidaste”, María la define como rebelde e inmadura, y a quien Pedro no le pone límites ni critica, por el contrario apoya, situaciones que también provocan discusiones entre el matrimonio.

2.3 ESTUCTURACIÓN EDÍPICA

Uno de los eventos más importantes en la instauración edípica de María, es la muerte del padre, acontecido cuando ella tendría aproximadamente tres años

Es un padre relatado como poco presente y que a la postre influye en su elección de pareja, en la relación con su esposo, con su respectivo rol de amante y padre finalmente estarán influidas por ciertas exigencias parentales.

Cuando se da este evento, aunado a que no aparece en su historia una figura paterna significativa; esto matiza su forma de interrelacionarse ahora, donde ese padre ausente marca la necesidad de una figura paterna, la cual esta puesta con su esposo : Pedro.

Con Pedro vive una relación de dependencia, de sumisión, violenta en algunos casos y aunque puede ser intolerante en algunos momentos, es preferible esa dinámica conyugal, que sufrir de nuevo un abandono, experimentada transferencialmente, ahora con el esposo-pero reviviendo la ausencia del padre no sólo porque muere a una edad crucial en la estructuración edípica, sino porque está ausente desde antes.

La separación de la madre sentida así cuando se vuelve a casar y no sentirse cuidada por ella es vivida como un abandono no resuelto, y que hoy produce un constante temor de que la dejen, por lo cual sus relaciones interpersonales son vividas con esa angustia de estar sola, de ser descobijada, de necesitar la mirada, la compañía y consuelo de sus amigas, buscando mitigar ese sentimiento de abandono por la madre en cada una de sus relaciones actuales, y donde sus síntomas físicos le permitan establecer en primer lugar una significación que se desplace hacia la conversión somática y permita a ese sentimiento de abandono, poder apalabrarlo a través del cuerpo.

La figura materna introyectada como agresiva y que abandona (igual que el padre), castrante, y que aun después de muerta sigue imponiendo consignas, pero ahora desde el lado del superyó, es uno de las relaciones objetales que más influye en la sintomatología de María.

María relata la anécdota de cómo la madre le dirá que la menarca, es síntoma de estar enferma, y hasta días después informarle que es algo que sucede a todas las mujeres; evento que dejara una huella importante en María: ser mujer es igual a enfermedad.

Pese a esto la madre, es una figura valorizada y muy presente, con la cual existe una relación (simbiótica), ella ejerce influencia en la relación de María con sus hijos varones particularmente, esto a través de una identificación entre María y ellos, hijos dependientes, temerosos, con dificultades para poder realizar actividades sino es previa su autorización.

Dinámica en la cual María puede satisfacer sus propias necesidades infantiles insatisfechas; deseo de atención, amor, cuidados maternos; y que a la par nos clarifican sus dificultades con Zoraida, ya que esta hija la podemos ubicar como la contraparte de la personalidad de María; hija que no busca la autorización de la madre para moverse, que no requiere de su atención, al fin y al cabo la tiene de su padre.

Así mismo es esta relación con Zoraida donde hay una identificación más de índole paternal, pues es a esta hija a quien “abandona” a quien no atiende, a quien no provee de atenciones, como a sus hijos varones.

Las relaciones interpersonales tienen una “base” somática, es decir, anteriormente sus relaciones familiares eran en torno a sus “enfermedades”, como una forma de establecer un vínculo afectivo, o de preocupación, rasgo patológico que hereda Daniel.

Es esta ligazón la que finalmente le permitían darle una salida pulsional acorde a su angustia y a su historia.

Por otro lado, son esos sentimientos los que están presentes en su interés por prestar un servicio social en la institución social donde apoya, *“cada que voy a las posadas que les hacemos a los niños de Mina, de Aramberri, o cualquier lugar, me siento muy contenta, me veo en cada niño y recuerdo como yo esperaba un regalo en diciembre, pero nunca tenía nada, por eso ahora, me siento contenta cada y que les llevo un juguete, o ropa, lo que sea, es como verme a mí misma en cada niño”*, esto finalmente también deja ver sus sentimientos de compensación por su propia historia, busca dar, satisfacer necesidades, acompañar, cobijar.

Finalmente es de destacar en este caso que la vida sexual de María se encuentra matizada, ya por sentimientos de abandono, de culpa, de peligro, la vive con disgusto, con asco, es decir el sexo es sucio, malo, morboso, como el esposo dirá María y donde constantemente podrá expresar algún malestar físico como excusa para evitar los encuentros sexuales; finalmente es su pareja quien aparentemente le reconfirmará sus ideas respecto a la sexualidad, por ejemplo al escucharle decir: “estas bien buena More, vamos a tomarnos una foto”, “vamos a ver películas pornográficas”, “vamos a hacerlo con esta postura”; situaciones que reactualizan sus diversos eventos traumáticos y reafianzan sus pensamientos: la sexualidad es algo sucio y malo.

La relación transferencial muestra una actitud obediente, sumisa, siempre buscando dar, y expresar su enojo de forma limitada y solo en algunos casos especiales: cuando su “analista” se iba de vacaciones decía: *“siempre que se va, me siento sola descubijada” “qué bueno que volvió, me sentía sola, me hacía falta verla...”*

2.4 EVENTOS TRAUMATICOS

María recuerda como situaciones traumáticas la muerte del padre, dice que oír a su padre decirle a su mamá que llevara a todos sus hijos junto a él para darles la bendición porque ya se iba, después se ve en una carreta junto a su madre y le pregunta a dónde vamos y ella le contesta: vamos a enterrar a tu papá. Dice que ni siquiera recuerda su rostro, que no tiene siquiera una fotografía que le hiciera saber cómo era su padre.

Este evento es particular, ya que si bien el padre muere siendo María muy pequeña, su nombre y palabra no es introducido por la madre en su discurso, lo que favorecería que esta se viviera aun mas como una madre omnipotente y omnisciente, y que favoreciera aun mas una dinámica de apego fuerte entre María y su madre, mujer que solo logra transmitir abandono, agresión y miedo, emociones que en conjunto provocarían culpa y hostilidad en María ante estos recuerdos; y que de muchas formas buscara actualizarlas transferencialmente.

Así mismo es de destacar que los hombres de su historia se viven como hombres violentos, casuales, abusivos, y que finalmente solo buscarían satisfacer algún aspecto sexual en María.

Al emigrar de su ciudad de origen y llegar a Monterrey, la madre tiene que trabajar, no tienen una casa y constantemente viven de arrimados con una tía o con otra, situaciones que María vivirá como traumáticas al sentirse constantemente abandonada y desprotegida por su madre al no llevarla con ella a su trabajo.

También recuerda decir a la madre que como era una niña con remolinos en la cabeza, por eso era berrinchuda y llorona, y para que eso se le quitara le pedía a su hermano que orinara en una lata que a su vez les servía como vaso, y

luego la agarraba fuerte, le apretaba la nariz y le arrojaba la orina de su hermano en la boca para que se le quitara lo berrinchuda.

Este evento lo podemos considerar como uno de los más influyentes en la presencia de los síntomas de María, ya que en este se pueden situar los primeros indicios de asco y repugnancia hacia la vida sexual, donde podemos establecer la siguiente ecuación: pene-orina-boca-asco-repugnancia-síntomas físicos, malestar psíquico.

Las segundas nupcias de la madre son vividas con frustración, María no aceptaba que su madre se volviera a casar, en un primer momento relata que confronta a la madre diciéndole que para qué se casa si la tiene a ella, en otro momento agrega al relato que lo vivía como una traición hacia su padre, lo cual podemos situarlo como una proyección de sí misma ante la negativa de la madre de no casarse: me traiciona y me abandona; esto hará que se detonen sus síntomas físicos.

Ya que María no manifiesta de manera verbal su real malestar ante la madre por su casamiento, no logra tener consciente su angustia por ser de nuevo abandonada y cambiada por otros objetos; por lo que solo se da un gran monto de energía libidinal en torno a este evento, energía que al no ser liberada, es desplazada hacia otros puntos, en este caso hacia la conversión sintomática.

La enfermedad de la madre, durante ese tiempo, María acude diariamente a cuidarla, la madre padece una embolia cerebral que le deja secuelas, la mitad de su cuerpo queda sin movimiento, después tiene complicaciones respiratorias, dice que fue para ella muy desgastante ese tiempo, y con un constante temor, ya que no quería que su madre muriera cuando ella la estuviera cuidando, le asustaba mucho ver como se sofocaba, como tenía problemas para respirar y hablar.

Con la muerte de la madre, María dice sentirse aun triste, deprimida, con culpa por qué no hizo más por ella y sitúa este hecho como un cambio en su vida, ya que, empieza con distintos síntomas; primero con una alopecia a partir de la cual la canalizan con el médico psiquiatra, quien le receta diversos fármacos antidepresivos y medicamento para dormir y a su vez le hace varias recomendaciones, entre ellas que salga a divertirse, que se distraiga y le hace una pregunta fundamental: ¿Y usted que hace los domingos?, María se da cuenta que no hace cosas distintas, más que estar en su casa, trabajar ahí y llorar por su madre.

Como ya expresamos en líneas anteriores, la figura materna y su influencia es fundante en este caso; así su muerte es uno de los detonantes de todos los aspectos inconscientes de la relación madre- hija, donde la energía contenida por la represión infantil es reactualizada, presentándose los diversos síntomas físicos, como señal de su catectización corporal: alopecia, bolo faríngeo, sensación de falta de aire y desmayo, dolor en el pecho y bazo izquierdo, todos con su correspondiente carga de angustia.

2.5 PERFIL SUBJETIVO.

- **Maneras de interacción**

María llega a consulta después de que su doctora de cabecera le dice que ella ya no puede atender todos sus malestares físicos, que los mismos tienen otro origen; sus síntomas van desde cuestiones físicas cargadas de gran ansiedad y nerviosismo, lo cual muchas veces la orillaron a no salir de su casa, o bien devolverse ante el inminente temor de que algo le fuera a pasar, persiste la idea de que le de un ataque al corazón, la sensación de dificultades para respirar, o que se desmaye y nadie le ayude; es decir, se muestran sus temores a ser abandonada en una situación de enfermedad; tal como ella se siente al creer que no hizo lo suficiente por su madre cuando estaba enferma.

De pequeña dice sentirse sola, abandonada, siempre culpable de todo lo que sucedía en los lugares en donde estuviera, era común que la regañaran haciéndola responsable de las travesuras de otros niños.

Por lo tanto es una persona dependiente, necesita de otras personas para estar sin ansiedad en un lugar, en su trabajo, para salir de viaje y siempre tienen que ser mujeres, prevaleciendo la necesidad de la figura materna, ante su ausencia dice sentirse descubijada.

Aunque refiere que su relación matrimonial ha sido dura en sus inicios reconoce que Pedro le hace falta, que no sabe qué hacer si él no está, hay que destacar que Pedro la humillaba, no trabajaba y dejó que ella se hiciera cargo de la familia económicamente durante mucho tiempo, ella se quejaba de su abandono, de no apoyarla; situaciones que le hacen revivir su infancia: sentirse abandonada, humillada, con temor.

Con sus hijos, la interacción es muy peculiar, en particular con el hijo mayor con quien existe una relación simbiótica, es quien le preocupa y ocupa más, hijo que también detona sus síntomas físicos y quien a su vez le demanda una atención excesiva; por otro lado con Zoraida su hija menor la interacción tiene fricciones constantes, Zoraida refleja los temores de María puestos en acción, vive sola, toma, trabaja, y sobre todo confronta a María muchas veces.

- **Identidad sexual**

En María prevalece la heterosexualidad, su primer encuentro sexual es vivido de forma angustiante, con temores y de forma fugaz; situación que durante mucho tiempo ha influido en su relación marital, ya que Pedro siempre le ha reclamado este hecho; así mismo su vida sexual con él la refiere hoy día intolerable, la vive con asco, renuente a los encuentros sexuales y el escarceo erótico la llena de ansiedad, no está de acuerdo con las actividades que su esposo le propone para realizar en su vida íntima, (tomarse fotos, ver películas

pornográficas) la mayoría de las proposiciones le asustan, disgustan y no accede a ellas.

- **Rasgos de carácter**

Es una paciente dependiente, temerosa, con poca confianza en sí misma, preocupada.

- **Recursos yoicos**

María es una paciente actualmente de 57 años, con una disposición a “curarse”, es persistente, constante, tolerante, con interés en el trabajo psicológico, cabe resaltar que su nivel académico no llega ni a básico pero esto no ha obstaculizado que avance en el tratamiento, cuenta con un gran sentido común, bien conectada con la realidad.

Las funciones del yo que predominan son, capacidad de síntesis, contacto con la realidad, juicio, memoria, lenguaje, pensamiento (mismo que impide la acción) están notablemente presentes en el trabajo analítico de la paciente.

- **Mecanismos de defensa;**

- Represión, negación, proyección, identificación proyectiva, disociación.

- **Características del superyó**

Su superyó suele ser rígido, temeroso, culpabilizador, amenazante, al grado de inmovilizarla y no permitirle en algunos casos realizar sus actividades cotidianas, como ir a trabajar y quedarse en casa ante el miedo de que algo le suceda, y sobre todo que constantemente le impide disfrutar y acceder al placer.

3.-CONSTRUCCION DEL CASO

Los orígenes del sufrimiento: síntomas de la histeria.

Si bien la histeria fue el campo de inicio del psicoanálisis, su estudio es complejo en virtud de las distintas variables que influyen en su constitución, tal es este caso, por ello hoy las primeras aportaciones de Freud a la constitución de un marco teórico que permitiera explicitar este cuadro psicopatológico, siguen teniendo vigencia; así al retomar su texto “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos” (1893), varios de los síntomas ahí puntualizados nos dan pauta para describir en un primer momento este caso, es decir, leer la histeria a partir de sus síntomas y después abordar su dinámica.

Uno de los primeros datos que la paciente describe es que a partir de la muerte de su madre, ella empieza a sentirse mal físicamente, con recurrentes visitas al médico y pocas veces sintiendo alivio, su doctora le dice que ya no la puede atender, que lo suyo no es terreno de la medicina que visite a otro especialista, así primero acude a un psiquiatra ya que se le empezó a caer el cabello y se sentía muy angustiada; *“Si desde que mi madre murió, empecé a sentirme mal, primero fui al psiquiatra, quien me dijo que tenía alopecia y me dieron Tafil...es que me siento tan mal porque yo pude haber hecho más por mi madre”*

T: hizo mucho, hizo lo que podía hacer en ese momento.

P: Si pero creo que pude haber hecho más por ella.

Así vemos en este discurso lo que Freud cita en el texto de Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos (1893), hace un primer apunte y nos dice que muchas veces en la etiología de estos casos está presente el cuidado de enfermos, donde podemos concluir que las circunstancias hacen al sujeto remitirse a sus pensamientos y sentimientos de hostilidad y agresividad sentidos y deseados para el sujeto enfermo, por lo que se encuentra en muchos casos ante la inminente posibilidad de que los mismos se cumplan, y ante ellos toda la

pulsión es puesta luego en una acción proyectiva hacia el propio cuerpo; por lo que se hace e presenta la angustia.

Otro de los síntomas que cita este artículo es el vómito, Freud (1893) mismo que se hará presente en María en uno de los eventos más significativos de su historia las segundas nupcias de su madre *“Recuerdo que cuando mi madre se iba a casar, yo le pregunté que por qué se casaba si me tenía a mi... después caí enferma, tenía vómitos, náuseas y mi mamá me llevo al médico, pero él decía que no tenía nada, así dure más de una semana enferma”*, esto nos da la pauta para plantear como el vómito vendría a ser un acto de volver hacia el exterior todos estos deseos hostiles...y ya Freud también reconocía tanto el vómito como la anorexia como síntomas frecuentes en la histeria.

En tiempos actuales María cuando se encuentra angustiada refiere siempre náuseas, ganas de vomitar, así como una inapetencia, asco a la comida y habla de “algo” que tiene atravesado en la boca del estomago, algo que le duele, el diagnóstico médico es que padece bolo faríngeo; este síntoma ya Freud (1893) también lo escucho. El asco a la comida se puede relacionar con el hecho de que la mesa sea compartida con personas a las que se les aborrece, trayendo a colación otra parte del discurso donde María recuerda *“Muchas veces era culpada de las travesuras de mis primos y hermanos y por lo tanto no me tocaba de comer, a mi me castigaban por lo que hacían lo otros, me daba mucho coraje, preguntaban quién había sido, y decían fue la More, fue la More, mis tías me regañaban mucho... ya no quería estar con ellas, era preferible ir a buscar a mi madre, siempre resultaba yo la culpable, me sentía abandonada y me iba a buscarla”*.

Es de notarse como hoy esto sigue presente en María, muchas veces sus síntomas son náuseas, asco y no comer, principalmente estos se presentan cuando ella se entera de algún problema de sus seres queridos, esencialmente su hijo mayor...si bien no hay como antecedente de que estas personas sean para

María aborrecibles conscientemente, sí se desvía la pulsión por otro camino, ya que muchas veces María al escuchar los problemas de su hijo y las quejas de su esposo, la hacen cuestionarse, *“qué hice yo para que me devolvieran a mis hijos”*, haciendo ese viraje de la culpa, sentirse responsable por las “travesuras” de estos personajes actuales que hacen que aquellos matices infantiles la acongojen, la dejen sin comer como castigo por su responsabilidad en el malestar de ellos.

El insomnio como síntoma también es parte de este cuadro en 1893, sin embargo no todos los síntomas tienen un origen tan claro, y “no en todos los casos es tan transparente la determinación del síntoma por el trauma psíquico” (Freud 1893), el insomnio si bien esta presente como consecuencia de la angustia desatada por otras circunstancias, también se presenta cuando su marido la busca para tener relaciones sexuales y ella se siente atacada, *“es que el casi siempre me busca cuando yo ya estoy dormida, me empieza a tocar y a mí me da un miedo, un coraje de porque me tiene que estar manoseando cuando yo estoy dormida, lo siento como un ataque...después ya no me puedo dormir”*.

T: Lo siente como un ataque?

P: sí, no sé que me da , pero a mí no me gusta eso del sexo, me da asco, me da vergüenza, y él ya nada más termina y se da la vuelta, me da la espalda y a roncar, si tan solo fuera diferente.

T: ¿Diferente?, ¿Cómo sería diferente?.

P: si fuera atento, romántico...

Así mismo esto lo relacionamos con otros recuerdos de índole sexual de María donde ella es tocada por diferentes hombres, el patrón de su madre, su primo, un compañero de trabajo, el hombre exhibicionista, un novio que la presiona para tener relaciones sexuales, recuerdos todos vividos de forma traumática, con un gran monto de angustia, lo que nos da la pauta para pensar en cómo este disfraz de energía libidinal que no fue descargada, finalmente da paso a que se libidinicen otros objetos y por ello su influencia.

Hasta este momento hemos hecho alusión a diversos síntomas donde en un primer momento la lectura puede ser un tanto lineal, sin embargo hay que clarificar que estos en muchas ocasiones solo son una manifestación simbólica de su origen, *“existe por así decir un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes. Precisamente para los síntomas histéricos típicos... no es posible comprobar un mecanismo psíquico de esta índole”* (pág.35, 1893), por lo que en su momento el mismo Freud al hacer su reconceptualización sobre los orígenes y sintomatología de este cuadro neurótico llegará a las reminiscencias psíquicas como el sufrimiento central del mismo.

De suma importancia son las vivencia sexuales infantiles en la teorización de Freud, así su lectura le permite completar su teorías sobre la etiología de la histeria; sin embargo es de destacar que para llegar a darle el peso a este elemento dejó otras sobre el camino, como lo fue la disposición hereditaria de los padres, los estados hipnoides y la teoría de la seducción como variables necesarias para hablar del origen de la histeria.

Ya Freud en su artículo “La etiología de la histeria (1896), dice “que ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma” (pág. 196). Es de verse como en este tipo de casos, no hablamos de un solo síntoma como causante de este cuadro clínico, sino es su propia complejidad la que queda manifiesta en sus síntomas; por ello es importante atender a la evolución teórica de Freud y darle peso a las vivencias infantiles anudadas, a otra ya más actual o idónea; que en conjunto le permiten surgir como síntoma histérico, como representante de una solución ante el evento que le provoca displacer (o un gran monto de energía que el sujeto no descarga) y por ende lo sitúa en alguna zona erógena idónea.

P.- “Me he dado cuenta que cuando me preocupo por Daniel, me siento mal”

T.- ¿Qué es lo que la hace sentirse mal?

P.- El preocuparme por él, antes era peor, porque no me daba cuenta, me angustiaba mucho pensar en que pudiera tener problemas, que no supiera cómo resolverlos, y que yo no estuviera para ayudarlo.

En este caso, es este hijo mayor quien será uno de los detonantes en el cuadro histórico actual, ya que el mismo le permite a María poner en ese hijo toda su angustia y posicionarse en un lugar de madre todo poderosa, de madre omnipotente, donde existe una relación simbiótica, (un tanto) incestuosa que al no darle salida a toda esa energía la sitúa en el cuerpo.

Ya lo mencionaba Freud en el citado artículo: “No importa el caso o el síntoma del cual uno haya partido, infaliblemente se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual. (pág.198, 1896) trayendo a colación los recuerdos de esta naturaleza que dejaron huellas mnémicas en María y que podemos plantear como las angustias derivadas de ellos pudieron haber sido desplazadas hacia las figuras masculinas similares:

P: “Recuerdo que cuando era pequeña una de mis amigas me dijo que las niñas que dormían con sus hermanos tenían un hijo, y yo tenía mucho miedo, porque yo dormía con mi hermano, no entendía cómo es que pudiera tener un bebé, como éramos muy pobres pues dormíamos todos en un mismo cuarto”

Vemos ya en este recuerdo como sirve de disfraz, el cual permite encubrir angustias sexuales y a su vez corroborar que en los casos de histeria podemos hallar una o varias vivencias de experiencias sexuales, las cuales finalmente fueron reprimidas. Finalmente Freud nos dice: “que el estallido de la histeria se deja reconducir, de manera casi regular, aun conflicto psíquico: una representación inconciliable pone en movimiento la defensa del yo e invita a la represión” (pag.209, 1896).

Por lo que la defensa cumple su propósito, poner fuera de la conciencia todas aquellas representaciones que le resulten inconciliables, y esto será aún más si el sujeto tiene ciertas condiciones psíquicas que permitan reprimir eventos sexuales infantiles; por lo que: “Los síntomas histéricos son sobredeterminados” (pág. 214, 1896).

Finalmente la idea primordial del cambio de estado, así la tesis más radical de Freud fue la tesis económica, donde la libido concebida como energía psíquica que se transformaba y se convertía en inervación somática. A la par de esta teoría Freud sostenía la concepción simbólica de la conversión. Así “esta particularidad: la de guardar una relación simbólica precisa con la historia del sujeto, es la que distinguirá la conversión de otros procesos de formación de síntomas, en los cuales también existe vinculación de lo psíquico con lo somático” Dio Bleichmar (pág. 160.1994).

Finalmente al retomar uno de las investigaciones citadas por Dio Bleichmar, la cual fue realizada por Rock (1971) y que le permite a este la elaboración de un diagnóstico diferencial donde establece:

- 1) Síntoma somático bien definido (motriz o sensorial) sin base anatómica ni fisiológica demostrada.
- 2) Comienzo o exacerbación ante sucesos emocionales significativos.
- 3) Examen psiquiátrico que demuestre su filiación psicológica y su base inconsciente.

Al retomar estas variables para realizar un diagnóstico diferencial de un caso clínico, es viable aplicarlo a este proyecto y acentuar aun más el diagnóstico realizado con nuestra intervención, por lo que las tres variables se cumplen: María llega al tratamiento con una variedad de síntomas físicos todos sin un origen físico claramente delimitado por la medicina; así mismo, síntomas que se veían magnificados o que se presentaban mayormente a partir de la angustia de María por su vida sexual..., así como con cada preocupación y desencuentro con su hijo

mayor, y finalmente, donde podemos anudar sus síntomas a situaciones reprimidas.

Al describir la histeria de conversión, se aclara que el mecanismo productor puede ser tanto el beneficio primario, es decir, una fantasía específica, o el beneficio secundario en forma independiente y exclusiva.

La conversión es un mecanismo de vinculación entre dos conjuntos de representaciones, por un lado las que establecen la anatomía y la fisiología del cuerpo, y por otro, aquellas que escenifican al sujeto en los temas de la agresividad, del narcisismo, de la sexualidad, de las relaciones interpersonales.

Freud en su artículo “*La etiología de la histeria*” (1896) establece: “Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que llamaremos suma de excitación. En todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales y su empequeñecimiento por vías motrices”

Es decir, ante un monto de angustia intolerable para el yo, este buscará siempre darle salida, y ante la imposibilidad de una descarga libidinal idónea para María, no hay otro camino más que su exteriorización por la vía motriz, puesto en el soma como síntomas que la hacen sufrir; es de destacar que hay una conexión psique soma, que le permite darle paso a las representaciones inconscientes a través de significaciones simbólicas puestas en el cuerpo.

P: Me ha dolido mucho la rodilla, ya tengo varios días que no se me quita este dolor, creo que este si es un dolor real.

T: ¿Como sabe cuándo un dolor es real o no?

P: Antes cuando sentía un dolor como cuando me dolía el pecho , era tanto mi miedo de que me pasara algo, que me podía devolver de donde anduviera,

bajarme del camión y devolverme a mi casa; ahora cuando algo me duele me distraigo un poco y parece que se me quitan los dolores, ya no me duele nada, pero el de la rodilla no se me ha quitado, por eso creo que es real, entonces ¿Cómo es posible que por pensar tanto me sienta mal, que lo resienta mi cuerpo?

T: ¿Y usted qué ha pensado?

P: Creo que algo hay, me he dado cuenta que cuando me preocupo por algo me siento mal, sobre todo cuando me preocupo por Daniel, es cuando me doy cuenta que me siento mal, o cuando tengo una pelea con Pedro también me siento mal”.

Es claro que para María en cada uno de estos casos se presenta la posibilidad de una actividad que implica placer, y que finalmente lo que estaría atravesado en este caso es precisamente la imposibilidad de disfrutar, de sentirse bien, de poner en acto las fantasías reprimidas; con el hijo de concretar un deseo incestuoso, de romper todo vínculo y dejar de lado su papel de mujer “completa”, mujer que no le hacía falta nada puesto que no había cortado esa relación simbiótica; y con Pedro la posibilidad de dejarse llevar por las fantasías eróticas de él, sin que dejara ver esto como su propio deseo.

Y cuando el cuerpo habla: aspectos psicósomáticos

Hemos dejado claro la íntima relación que existe entre el soma y la psique, donde las manifestaciones psicósomáticas tendrán su origen en los afectos puestos en el cuerpo, inervados en lo corpóreo dijera Freud, así desde sus primeras aportaciones en Tratamiento Psíquico, tratamiento del alma de 1890, nos plantea: “los afectos... pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto enfermedades de otros órganos”(pág. 119). Y en el presente caso damos cuenta de cómo María en antaño refiere como uno de sus principales malestares las contantes “enfermedades” que padecía, así nos refiere que llegó a visitar al médico hasta en cinco ocasiones en una semana: “*Recuerdo que antes no me enfermaba tanto, todo esto empezó después de la muerte de mi madre*”.

P: *“Estaba cansada, y me preocupaba mucho saber por qué yo me sentía muy mal y era ir al doctor y oír que no tenía nada, o que me dieran medicamento y yo sentirme igual de mal y en el peor de los casos que me dijeran que no tenía nada”*

T.- *¿Cómo se sentía cuando le decían esto?*

P: *Me sentía peor, porque yo de verdad que me sentía mal, no entiendo cómo es que a mí me dolía el pecho, la garganta, los oídos, el estómago y el doctor no me encontrara nada, pensaba que estaba chiflada.*

Muchas veces tuve problemas cuando esto me pasaba, era dejar de ir al trabajo, gastar dinero en doctor y medicamentos y sobre todo eran pleitos con Pedro que me reclamaba que estaba chiflada, que no tenía nada que me tranquilizara, que lo único que hacía era preocupar a mis hijos”.

Cabe destacar que María llega a tratamiento con varios síntomas físicos que la molestaban, y que conforme evolucionó, establece una conexión entre el mundo de los afectos y sus síntomas, y llega a reconocer la relación entre soma y psique, estableciendo principalmente la muerte de la madre como el detonante para sus síntomas, así como su relación conyugal con Pedro principalmente en el aspecto sexual, y la relación con su hijo mayor, eventos que en conjunto influyeron en su sintomatología.

La muerte de la madre es un evento que le detona una gran culpa, sobre todo al descubrir que estaba enojada y que sentía un gran coraje al recordar cómo siendo pequeña constantemente se sentía abandonada, desolada, triste y regañada por sus familiares; como se hace presente el fantasma de una madre abrumadora, impositiva, que solo logra transmitir a María una opción de vida: la constante angustia como una coraza de “que todo está controlado y bien” (Tizon 2004)

Y es con estos antecedentes que hacemos una revisión de este caso de histeria conversiva, donde se “hace de la histeria el modelo de toda somatización, extendiendo a lo pregenital el proceso de conversión simbólica” (Otero, 2004) modelo de conversión histórica descrito por Freud.

En este caso es de notarse como el cuerpo se vuelve objeto de agresión, la angustia desatada por los diversos malestares psíquicos a los cuales María no sabe cómo responder, son puestos en el soma y después se presentan a través de diversos síntomas, los cuales finalmente le permiten una descarga libidinal y por lo tanto el yo puede afrontar de forma más “adecuada” esos aspectos escindidos de sus objetos internos.

Así María se duele de que su madre le decía que era una niña berrinchuda porque tenía un remolino en la cabeza y que para que se le quitara tenía que tomar orines de un hombre.

Por ello, uno de los recuerdos más significativos es cuando su madre en una ocasión la obliga a tomar los orines de su hermano, orines que recolectaba en una lata que usaban como vaso, luego su madre le apretaba la nariz a María para que esta se tomara los orines, esto como una forma de quitarle lo berrinchuda, pero que finalmente para María tiene una inscripción mnémica distinta: agresión.

Así al transcribir este fragmento, lo escribo como coacción, leo que María ciertamente me transmitía como este hecho había sido una imposición hacia su cuerpo, y como este puede ser uno de los actos más significativos dentro de la estructuración de esta sintomatología, esto al revisarlo a la luz de la primera teoría de Freud: un evento traumático como origen de su histeria y que aunado a la segunda donde hay un evento infantil que provoca cierto monto de excitación sexual pero “*a su vez provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer*”, afectos que al no ser desahogados, se da un desplazamiento de

dicha sensación, y así le “sobreviene la sensación de displacer ...” (Freud , 1905, pág. 27)

Así Freud ya desde “Estudios sobre la histeria (1895), antes de establecer su teoría sobre el significado simbólico de los síntomas en los casos de histeria, ya dejaba ver sus ideas en torno a que los síntomas somáticos serían el resultado de una transformación, de la conversión de una excitación endógena en una inervación somática, estableciéndolo así: “la suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más , la vía falsa hacia una inervación corporal (pág. 133) y es esta referencia anudada al recuerdo de los orines vertidos en su boca por la madre, lo que nos hace plantear una de las formaciones conversivas, ya que al no existir una descarga idónea ante este hecho, es factible la inervación somática, esto al pensar en los principales síntomas de María que están situados en la boca, en la garganta, en el estómago, como un desplazamiento del asco hacia el pene del hermano, puesto ahora en un asco hacia la vida sexual, es decir, establecemos la conexión entre, boca-orina-pene-asco =represión; al momento en que María relata este recuerdo sus expresiones faciales y emocionales son a flor de piel, parece que fuera ayer cuando sufrió este evento:

P: “Yo me sentía muy enojada, mi madre me apretaba muy fuerte la nariz para poder echarme los orines en la boca, yo pataleaba, pero no podía hacer nada, era muy chiquita, sentía mucho coraje”.

T:¿Y ahora qué siente al recordar esto?

P:”Sigo sintiendo mucho coraje, era muy chiquita, no entiendo por qué me hizo eso, yo no me podía mover, me tenía apretada hacia su cuerpo y con la nariz apretada, sin poder respirar, y a la fuerza tragar esos orines, fue horrible...”

Esta sesión fué una de las más dolorosas para María, ella llora amargamente, se hunde en la silla, esta cabizbaja, parece ahogarse cada que habla, como si reviviera ese día, como si esos orines aun la ahogaran, y si ese

evento aún la ahoga, su significado se convierte, toda esa angustia se desplaza y se inscribió en un cuerpo que ahora sufre.

Es la madre una de las figuras más significativas en la historia de María, la cual desata toda una serie de ansiedades tempranas en ella; así retomamos a Melanie Klein para quien existen fantasías pregenitales objetales desde el nacimiento que se representan simbólicamente y que nos posibilitan darle una lectura clínica más completa a este caso.

Así, las ideas de Klein pueden resumirse de la siguiente forma: “Una sensación somática fuerza el surgimiento de una experiencia psíquica que es interpretada como una relación con un objeto que desea causar esa sensación y que es amado u odiado por el sujeto según que el objeto tenga buenas o malas intenciones (es decir, según se trate de una experiencia placentera o displacentera). Entonces, una sensación somática displacentera obtendría su representación psíquica como una relación con un objeto malo que quiere perjudicar y dañar al sujeto” (Hinshelwood, 1989, pág. 56)

Y es precisamente la muerte de la madre la que desata toda una serie de síntomas, que desplazados muestran a su vez el disfraz de todas aquellas sensaciones displacenteras sentidas por María y que la hacen sentir un gran malestar por la incapacidad de no poder reconocer la culpa que siente al percibir a su madre como un objeto malo que la daño, que la abandono, que prefirió a otros y no a ella, madre que aun hoy la persigue, y se inscribe en diversos síntomas en ella.

Y en la misma línea de considerar la relación materna como una de las piezas fundamentales en la presencia de trastornos psicossomáticos retomamos las aportaciones de Joyce McDougall quien reconoce que cuando el inconsciente materno dificulta la escucha de las necesidades del bebé, después este tiene

dificultades internas para poder construir internamente un objeto materno que lo proteja y consuele.

Y atendiendo a estas líneas es de agregar que María durante el tratamiento solamente en una sesión habla de ese lado bueno de la madre, al reconocerla como una madre que tenía “sabiduría” y que la cuidó.

P: Mi madre era una india, sabía mucho de hierbas, para cada enfermedad sabía que cosa tomar, y cuando yo me sentía mal me daba un té; era muy inteligente trabajo mucho tiempo con una familia de alemanes, no sé ni cómo se daba a entender, aprendió a hacer comidas alemanas, pero ahí trabajo muchos años, ella sola me sacó adelante, y cuando yo la iba a buscar a esa casa ella me escondía en un cuarto pequeño tal vez un poco más grande que este, (señala el cubículo de la unidad de servicios psicológicos) ahí había una mesa y mi mamá me decía que ahí me quedará porque la regañaban, pero eso era preferible, estar ahí todo el día encerrada, a quedarme sola...”

T: Entonces su madre hizo muchas cosas por usted, no la abandono.

P: “Sí, para ella fue muy difícil, venirse del rancho conmigo y mis hermanos estando chicos, y no tener dónde vivir, andábamos de casa en casa, hasta que nos corrían, de hecho mis hermanas mayores me dicen que yo soy a la que mi mamá más cuidó, a la que más quería”.

Sin embargo, en María la relación con la madre prevalece con significantes negativos y dolorosos, lo que se refleja en una gran angustia y culpa por la muerte de la misma, al estar constantemente recriminándose el no haberle dado más cuidados y atenciones, donde al decir de Joyce McDougall citada por Otero: “La disfunción psicosomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Ese tipo de mensajes son enviados por la psique cuando esta se ve en peligro por el resurgimiento de

acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente” (Otero, 2004, pág. 21).

Por lo tanto podemos plantearnos que uno de los eslabones en la cadena asociativa que origina este padecer en María es el evento de los “orines” que produce un gran monto de angustia, donde la madre es percibida como ese objeto malo que agrede y que ante la falta de descarga es desplazado al soma, así la representación psíque-soma devendría en los diversos síntomas físicos sin causa orgánica aparente en aquellos eventos que le implicarían una repetición de eventos infantiles cagados con una gran monto libidinal.

Aunado a vivir la sexualidad con asco, con vergüenza y con angustia, donde el “representante” de la sexualidad masculina: el pene, se ha interiorizado como un objeto malo, que agrede y dañado.

HISTERIA DE CONVERSION: SU ESTUDIO A LA LUZ DE LAS ANSIEDADES TEMPRANAS

Como se revisó en el apartado anterior, la relación materna es una de las relaciones objetales más significativas en este caso, la cual provocó toda una serie de ansiedades que finalmente se tradujeron en una serie de síntomas somáticos, que al no lograr una salida diferente se inscribieron en el cuerpo.

Para este análisis retomamos las aportaciones teóricas de Melanie Klein, de su artículo Amor, culpa y reparación (1937) para clarificar los diversos matices que se significaron en este caso.

Sentimiento inconsciente de culpa.

“Todos sabemos que al captar en nosotros impulsos de odio hacia la persona amada nos sentimos afligidos y culpables. Como los sentimientos de culpa son muy dolorosos, solemos relegarlos muy al fondo de la mente...Sin embargo, se expresan disfrazados en distintas formas y constituyen una fuente de perturbación en nuestras relaciones personales”.(Klein 1937, pág. 313)

Líneas que describen una de las características de María, quien nos deja ver que el fondo de su malestar está en la temprana relación con su madre, y que su muerte se convierte en un detonante de sus fantasías hostiles hacia ella, claro son sentimientos inconscientes que no es sino hasta avanzado el tratamiento que ella logra ver; y que en su momento al no poder dominarlos teme afectar a quien ama, y que ante la imposibilidad de desahogar dichos deseos estos son puestos en el yo, yo que solo puede dolerse y expresa los lados escindidos de esos objetos de amor.

Amor culpa y reparación.

Por otro lado ante estos sentimientos agresivos, existe una imperante necesidad de reparar al objeto interno, al objeto amado que en sus fantasías inconscientes ha dañado, Klein nos dice que por ello existe “En la profundidades de la mente el deseo de brindar felicidad a los demás se halla ligado a un fuerte sentimiento de responsabilidad e interés por ellos que se manifiesta en forma de genuina simpatía y de capacidad de comprenderlos tales como son” (Klein 1937, pág. 315).

Muchas fueron las sesiones donde María hablaba de su dolor, realmente de sentirse acongojada y con una preocupación genuina, en especial por su hijo Daniel, y mostrar un amor materno en extremo, amor que no le permitía a ese hijo separarse de ella, como si en este relación estuviera reinscribiendo sus propios anhelos de una madre por demás presente, omnipotente y amorosa en extremos, rol materno que al implicarla más allá de él, es decir, de ser la posibilidad de una relación incestuosa, por ello ante cada evento problemático que tuviera Daniel en automático se hacía patente la posibilidad de que se cumplieran sus fantasías inconscientes de culpa por dicha relación, siendo María quien cargara con la mayor culpa por esta relación.

P: “Estoy muy preocupada, me he sentido mal, veo a Daniel triste, encerrado, no quiere salir a buscar trabajo, creo que está deprimido, y ahora que se separó de su esposa...Pues no se que habré hecho mal para que me devuelvan a mis hijos, él y Ernesto han vuelto, están separados, no sé que hice como madre para que me los devuelvan ahora están en mi casa”.

Identificación y labor de reparación

Klein nos dice que la simpatía es la capacidad de poder colocarse en el lugar del otro, de identificarse con él, a su vez es un factor importante en toda

relación humana y una condición de amor intenso y auténtico. Y en general “...agresión y odio se encauzan hacia fines constructivos, lo que llamamos “sublimación” (Klein 1937, pág. 315) En realidad, no hay actividad constructiva en la que no entre algo de agresión, en una u otra forma”.

Y uno de los datos más importantes de este caso es el oficio de María: sastrero, donde podemos ver la sublimación en su esplendor, donde trabaja diseñando, cortando, cosiendo, actividades que tienen una lectura simbólica, actividades que podemos decir “agreden”, donde construye-destruye para finalmente reconstruir a esa figura materna dañada, cubriendo cuerpos para que no denoten ningún aspecto erótico, finalmente son preferibles los síntomas somáticos que la expresión del deseo, es mejor la ceguera histérica y la bella indiferencia.

Por otro lado también es a partir de la muerte de su madre, que ella busca distintas actividades para realizar, una de ellas es desempeñarse en una institución social, donde principalmente realiza actividades de apoyo y atención a comunidades rurales pobres, así como dar diversas pláticas sobre temáticas motivacionales, hasta informativas, María dice que es en esta institución donde le abren los ojos: *“Yo no sabía que cuando tu marido te obliga a tener relaciones sexuales era considerado como una violación, me asombré tanto, al saber que lo que yo había vivido...si era así como yo me sentía, sentía que Pedro me violaba cada que quería tener relaciones sexuales”.*

Y es esta parte la que nos deja ver cómo es que María vive muchos años de su vida sexual como un atentado, como una acción que violenta su cuerpo, como un castigo que debe soportar.

Por otro lado, si bien en nuestro caso la figura paterna tal cual, no ha figurado más que en dos relatos, es por otro lado que las figuras masculinas significativas se muestran agresivas, figuras que también abandonan como la

madre, así bajo esa percepción es que María habla de los hombres que la rodearon, retomando lo que Klein menciona en este sentido “la importancia del deseo inconsciente de la niña de tener un hijo con su padre y los impulsos sexuales involucrados en este deseo. La frustración sexual que le inflige el padre suscita intensas fantasías agresivas, que tendrán gran influencia sobre su capacidad de obtener gratificación sexual en la vida adulta”.

Así pues, muchas de las fantasías sexuales encubren un odio dirigido particularmente hacia el padre, o como en este caso hacia figuras masculinas que pudieran ser su sustituto, donde pone en ellos su odio y celos, los cuales: “la llevan a desear que el pene sea algo peligroso y malo que tampoco pueda gratificar a su madre; así en su fantasía el pene adquiere cualidades destructivas” y en este sentido retomamos escena de los orines, en como esto pudo haber sido una escena que reconfirmara esta conexión de boca-asco pene, es decir, que este evento fue tan traumático, que después se mostrara en una asociación de sentimientos agresivos hacia el pene del padre, o cualquier hombre; entonces los orines le producen ese asco hacia el pene, y por lo tanto asco hacia la vida sexual, repugnancia ante un pene que es sinónimo de agresión, de violación.

“Las fantasías de la niña pequeña sobre la peligrosidad de los genitales paternos conservan cierta vigencia en el inconsciente de la mujer. Pero si tiene con su marido una relación feliz y sexualmente gratificadora siente que los genitales de aquel son buenos, lo cual disipa su miedo. La gratificación sexual actúa así como doble garantía: de su propia bondad y de la de su marido, y la seguridad que esto le brinda incrementa a su vez su goce sexual, ampliando el círculo propicio a la paz íntima” (Klein, 1937 pág. 317) Situación totalmente contraria la que vive María, pareciera haberse enganchado con un hombre que la pone en el límite, de la agresión y de la posibilidad de un relación sexual gratificadora, a la cual ella le teme, y que más bien vive como una situación peligrosa y “morbosa”.

P: "Pedro es un hombre que me da miedo, me parece un hombre libidinoso, morboso, me molesta mucho que vea revistas pornográficas, que me toque de una manera fea, me da asco, y mucho coraje que siempre que quiere tener relaciones sexuales conmigo, me despierte, yo estoy ya dormida y de repente siento como me toca, y despierto asustada, lo siento como un abuso, peleo con él y le digo que por qué hace eso, que ya estoy dormida y nada mas de repente me empieza a tocar; aparte el solo termina y me da la espalda, se duerme y ni siquiera me dice nada, yo le digo que tal vez si fuera romántico".

T: ¿Abuso?

P: Si, un abuso si sabe que estoy dormida, porque me toca así, porque me empieza a tocar de esa manera, de una forma muy morbosa, yo siento feo, nada mas de repente sentir que me empieza a manosear, o me dice que me anime a que nos saquemos fotos teniendo sexo, o en ciertas posiciones, que lo toque o que prenda la luz porque él me quiere ver sin ropa... por eso le digo que es un hombre morboso".

T: ¿María ha pensado en que muchas parejas tienen formas diversas de vivir su sexualidad, y que Pedro la invita a tener una vida sexual y que más bien parece que tiene mucho miedo a disfrutarla, porque no animarse y ponerse un baby doll.

P: Pero yo ya no tengo edad para esas cosas..

T: ¿Y para qué tiene edad, para seguirse quejando de un hombre que la ve deseable? Recuerdo que ella ha comentado los piropos que él le dice: "María todavía estas de muy buen ver".

Es esta sesión la que nos deja ver como la vida sexual de María esta matizada por asco, repugnancia y un gran temor a disfrutarla, así mismo parece no darse cuenta de su bella indiferencia, pues es notorio el interés de Pedro por María en este aspecto, hombre que la invita a llevar a cabo una vida sexual activa, sin embargo María no lo percibe así, en ella parece persistir una ceguera histórica que no le permite ver cuánto puede provocar en su esposo, para ella es preferible seguir quejándose, para no darle paso a la posibilidad del placer y si a la

angustia contenida y puesta después en un “me siento mal” y su complemento tengo que ir al doctor.

Como se ha mencionada en el cuerpo de este trabajo, Daniel el hijo mayor de María es una de las figuras significativas en este caso, hijo en el que ella se volcaba, que le hacía vivirse como una madre completa, como una mujer sin falta, donde parece que Daniel interpretara el papel del padre, puesto que es un hijo donde es puesta la mayor carga libidinal, donde pareciera instaurarse el deseo, donde podemos pensar que: “La naturaleza de las relaciones de la madre con sus hijos cambia, por supuesto, a medida que ellos crecen. Su actitud hacia los hijos mayores estará más o menos bajo la influencia de la actitud que tuvo en el pasado hacia sus hermanos, hermanas, primos, etc.”(Klein, 1937, pág. 321) Y si bien María tiene más bien recuerdos negativos y temerosos de sus hermanos y de enojo hacia sus primos, es de plantearse la posibilidad de una libido sublimada, es decir, de mostrarse por demás atenta, cariñosa, preocupada, al grado de nulificar el deseo de este hijo mayor que se acomoda y completa a María.

En cuanto a las dificultades en las relaciones familiares.

Es la familia el núcleo donde más podemos observar las dificultades emocionales de un sujeto, esto pensado en la cercanía que puede o no existir entre sus miembros, otra manifestación muy diferente es la que se da en quienes dependen enteramente de las personas con quienes establecen vínculos intensos.

Por otro lado una de las manifestaciones más importantes derivadas de esas formas de vincularse con la familia, sería como “El miedo inconsciente a la muerte del ser amado fomenta esa dependencia excesiva. Los temores de esa naturaleza incrementan la voracidad, que viene a constituir uno de los elementos de tal actitud y se expresa a través de la utilización exagerada de la persona de quien se depende”, Klein 1937, pág. 325) así María constantemente se mostraba en los inicios del tratamiento como una buena mujer, como la súper mamá, como

la madre abnegada, donde aparecían disfrazados estos aspectos inconscientes: sus sentimientos agresivos y hostiles hacia su propia madre, y no es hasta que alcanza a reconocer que es su muerte, uno de los detonantes de su sintomatología actual, aunado a las constantes quejas de María de sentirse abandonada y de una constante preocupación y mortificación por su hijo Mayor, en quien ella en algún momento deposita todo su afecto.

Y es en su papel de madre donde muchas de sus ansiedades tempranas se ponen en juego y le permiten reactualizar muchos de sus fantasías infantiles, todas ellas con su consiguiente carga de angustia, Klein señala que “la actitud materna ante el hijo tiene mucho en común con los primeros sentimientos de la niña hacia su propia madre. Esta primera relación se caracteriza por el conflicto entre amor y odio. Al tener un hijo, la mujer transfiere sobre él los deseos inconscientes de muerte que de niña sintió hacia su madre”, por eso la constante preocupación de la analizanda por ese hijo mayor y sus reiterados cuestionamientos de ser la responsable de los síntomas de él, y es esta preocupación y angustia lo que tiene un peso importante en las cadenas asociativas de los síntomas de María y que le provoca sus diversos malestares físicos:

P: “Me he dado cuenta que cuando me preocupo mucho por Daniel me siento mal, siento que si no le hablo, que si no voy y lo veo el no podrá resolver sus problemas, o le saldrán mal las cosas”.

T: ¿Y cómo le va a Daniel cuando usted no interviene en alguno de sus problemas?

P: Creo que ahora le va bien, ahora que vive con esta pareja que tiene, ella le ayuda, y pues él no trabaja, se queda en su casa, no sale, el se hace cargo de la casa y de cuidar al niño de ella.

María en esos momentos del tratamiento tiene serias dificultades para reconocer que Daniel puede moverse solo, y en todo caso darle la oportunidad para que el corriera cualquier riesgo al solucionar sus problemas, quedando claro

la gran angustia que vivía ante el solo hecho de pensarse desvinculada de la vida de este hijo, ya que será este quien gratifique sus propios deseos: “Si a causa del conflicto no resuelto en el pasado, la madre se siente demasiado culpable en relación con el hijo, puede necesitar su amor tan intensamente que utilizará varios recursos para mantenerlo estrechamente ligado a ella y dependiente; o quizá se dedique a él hasta el punto de transformarlo en eje de toda su vida”(Klein, pág. 325) , Ahora bien, este es uno de los puntos de mas avance en este caso, ya que María ha logrado cortar el vínculo madre-hijo y ha dado pie para que Daniel se haga cargo de sí mismo, lo que le ha permitido elaborar sus propios síntomas al lado de otra mujer; y a María la posibilidad de cuestionarse, de poner en otros objetos su deseo, de reconstruirlos, de darle paso al placer .

Por otro lado, un aspecto importante es la elección del compañero de amor y en el caso de las mujeres, los recuerdos que conserva de su padre, todas sus emociones y sentimientos, serán puestos en acto en sus relaciones posteriores, destacando que lo que desea recrear en sus relaciones amorosas son sus expresiones infantiles ante la persona amada y las fantasías que tuvo con ella; sin embargo este es un punto “ciego” en María, ya que si bien el padre muere siendo ella muy pequeña, se presenta la posibilidad de dirigir sus afectos hacia otras figuras masculinas, y como característica encontramos que también las figuras masculinas las vive como personas que también abandonan, que la agreden y la humillan, acciones que vienen a reforzar sus fantasías de culpa y castigo.

P: Pedro me trataba muy mal, me golpeaba, me aventaba lo que encontrara a la mano, y yo sentía que no me quería, que siempre estuvo apegado a su madre, si era a ella a quien le daba la raya cuando recién estábamos casados, a mi me daba mucho coraje, porque ni siquiera llegaba a la casa cuando cobraba, primero iba con ella y ya venía y me decía, es que mi mamá me dijo que comprara esto, que hiciera aquello, yo me sentía abandonada, sola, como era posible que Pedro me golpeará y le hiciera más caso a su mamá que a mí, nunca entendí”

Recientemente María dice que ha dejado de lado los rencores que sentía hacia su suegra, por haber sido este tipo de mujer, que a ella la trataba muy mal, hablo también de su suegro a quien también reconoció tenerle resentimiento, *"Nunca he querido hablar de él, desde un inicio no quería hablar de él, es que no quiero hablar de eso, es que en algún momento le presté dinero y nunca me lo pagó, en una ocasión le dijeron a Pedro que me pidieran dinero prestado cuando me daban mi aguinaldo y se los preste para que pusieran una panadería, jamás me lo pagaron y a ellos les fue muy bien con ese negocio, después a cada hijo le compró un terreno cerca de donde viven ellos, por eso todos los hermanos de él viven cerca de mis suegros, solo nosotros nos fuimos a otra colonia"*

T: ¿Y por qué ahora ya no les tiene resentimiento a su suegra y su suegro?

P: Creo que mucho tuvo que ver cómo me era yo...hace días cumplió años y fui a su fiesta de cumpleaños, es la primera vez que me la pase bien con la familia de Pedro, salude a todos sus hermanos y cuñados, creo que antes era yo la que todo veía mal, la que era muy sangrona, y la que aguantó muchas cosas, era yo la que estaba mal".

Si bien aun se impone un superyó que castiga a María, la culpa y el castigo ya no son tan duros como en antaño, ella ya toma en cuenta su participación en su propio malestar y sobre todo es capaz de disfrutar diversas situaciones, sin que ello le implique un malestar posterior; lo que nos habla de la posibilidad de una reconstrucción de sus objetos internos.

Logro de independencia.

Klein con sus aportaciones establece la importancia de las primeras relaciones objetales, así el encuentro con la madre permite establecer una relación donde "El vínculo primario del niño con el pecho y la leche de su madre constituye la base de todas las relaciones de amor en la vida" (Klein, 1937, pág. 328).Y será la cantidad de amor que el niño vivencie hacia su madre lo que le permitirá una

gran disponibilidad para sus vínculos futuros. Ahora bien hemos mencionado en líneas anteriores que muchos de los sentimientos que María siente tienen que ver con el sentido de abandono, de dependencia, de debilidad, de inferioridad, los cuales parecen adquirir un matiz contrario en sus labores de crianza con sus hijos, ya que parece satisfacer esas ansiedades, buscando no sentirse abandonada, que sean sus hijos quienes dependan de ella, quienes sean profesionistas, en fin quienes dependan de ella satisfaciendo así sus propios deseos.

Lo que nos permitiría concluir que sus vínculos amorosos estarían matizados por estas emociones, donde María buscaría siempre relaciones que le permitan reactualizar dicha dinámica psíquica y a su vez encubrir sus deseos agresivos, puestos en el propio cuerpo

Ahora bien es el psicoanálisis quien ha subrayado el hecho de que los impulsos sexuales hacia los padres, hermanos y hermanas no solo existen, sino que pueden ser observados en cierta medida en los niños muy pequeños; por lo que los deseos sexuales están íntimamente ligados a impulsos y fantasías agresivas, a la culpa y al temor de que mueran las personas queridas.

Y son precisamente las ansiedades de María las que podemos ubicar en esta línea, deseos sexuales agresivos ante la no correspondencia a su amor y fantasías agresivas ante una madre que abandona, abandono que se reactualiza en la adolescencia cuando la madre vuelve a casarse y ella le reclama *“para que te casas si me tienes a mi”*.

El proceso consiste en reemplazar a la persona amada en otras, en disociar parcialmente la sexualidad y la ternura y reprimir los impulsos y deseos sexuales, lo que finalmente viene a integrar la capacidad del niño para establecer relaciones más amplias.

Finalmente nos planteamos la opción de que María no propiamente sustituye a la persona amada por otra, sino que sus impulsos sexuales, su libido, son dirigidos hacia el propio cuerpo, tomando determinados órganos erogenizados, convirtiéndose el mismo en su objeto central. En este caso hacia: sí misma, en donde entonces la dinámica psíquica sería el narcisismo vuelto hacia sí misma, lo que finalmente le permite esta forma de solución a su conflicto neurótico.

Donde predominaran como sus principales síntomas físicos: en un primer momento alopecia, dolor de garganta, bolo faríngeo, náuseas, dolor de estómago, dolor de oídos, dolor en el pecho y brazo izquierdo y el constante temor a sufrir un infarto y desmayo.

Síntomas, todos que primeramente están relacionados con el sistema respiratorio, oídos, boca, garganta, tráquea, y después el estómago, todo en conjunto nos aluden a necesidades orales, necesidades primitivas, dependencia hacia la madre, hacia el alimento materno; otro de los síntomas principales son el dolor en el pecho, haciendo referencia a que le duele el corazón, donde el corazón nos remite a su disfraz simbólico, ¡el amor!, que tanto es necesidad de amor, aunque finalmente todo lo que se demanda de ese objeto primario es amor, y ante su no acceso hay un temor inminente a perderlo a infartarse, desmayarse y no darse cuenta de que no se tiene.

Por lo que al no existir dicha satisfacción para dichas demandas, desde Klein, el sujeto haría toda una construcción de fantasías sádico-orales, fantasías de destrucción *que al no ser puestas en acto*, son encubiertas en el inconsciente y después detonadas en el cuerpo, por medio de una diversidad de síntomas, finalmente lo que el corazón no habla el cuerpo lo dice...por ello el dolor de María: *“me duele el corazón, me da miedo tener un infarto, desmayarme”*, se muestra como una manifestación de esa imposibilidad de hablar y reconocer sus sentimientos agresivos.

Y como hemos mencionado en líneas anteriores, muchos de estas síntomas se reactualizan en la adolescencia, donde de nuevo el sujeto se enfrenta al proceso de separar el odio del amor que proporciona alivio, porque le permite conservar sus objetos buenos, a la persona “buena” y por el otro lado odiar a alguien que cree se lo merece. “El padre amado y odiado, la madre odiada u amada son originariamente, los objetos tanto de admiración como de odio y desvalorización”.

Uno de los datos más interesantes de este caso, es que es precisamente en la adolescencia donde se muestran los primeros síntomas de María, cuando se enferma sin causa aparente, tiene náuseas y vómitos, precisamente cuando la madre se casa, síntomas que como una vía alterna le permiten separar sus sentimientos de odio y amor hacia la madre, por lo que una de las alternativas más idóneas es retirar la libido hacia el propio cuerpo. Hacerse así mismo objeto de amor, como una vuelta del propio narcisismo.

Así muchos de los sentimientos de seguridad que provienen de la capacidad de amar están íntimamente ligados inconscientemente con un interés de conservar sanos y salvos los objetos amados. Donde la consigna rezaría así “puedo mantener intactos algunos de los seres que amo, por lo tanto no he dañado a ninguno, y los conservo a todos para siempre en mi mente. En último análisis el inconsciente preserva la imagen de los padres amados como la posesión más preciosa, porque protege a su poseedor del dolor de la desolación total” (Klein, 1937, pág. 333).

Los sentimientos de miedo e inseguridad de esta paciente, tienen este origen, ante una referencia dañada de los objetos internos, que desde su fantasía no logra mantener intactos, donde aparece ese ser amado dañado y destruido, no hay más que su contraparte un superyó que castiga, que culpa y provoca sentimientos de abandono y desolación.

ESCENARIOS ACTUALES DEL EDIPO: SUS RELACIONES HOY

Como hemos visto en esta construcción de caso, uno de los recuerdos encubridores más importantes es el de la madre vertiendo orines en la boca de María, lo que le provoca una gran carga libidinal que finalmente no es descargada, sino desplazada hacia otros elementos, ya fantasías agresivas y hostiles para la madre y asco y repugnancia para los hombres representados por su hermano, y los distintos hombres que le presentaron un aspecto displacentero de la sexualidad y que cada escenario actual, cada relación objetal le enfrenta ante la manifestación de aquellos síntomas que finalmente le permiten dar una respuesta a sus vivencias infantiles.

Por ello, retomamos algunas de sus características de carácter ya que nos dan una pauta para entender la forma en que María se interrelaciona con otros, es decir, como son sus relaciones actuales, lo que finalmente nos permite reconocer los matices edípicos de este caso.

Para este análisis retomaremos las características de carácter que Emilce Dio Bleichmar establece en “El feminismo espontáneo de la histeria (1994):

1.- Lucha interna contra sentimientos de culpa y deseos incestuosos; contra la emergencia de pensamientos, deseos y sentimientos tabúes hacia objetos edípicos.”, esta característica es constante en nuestro caso, ya que María, sobre todo en la relación que mantiene/ía con su hijo mayor, sus acciones estaban casi siempre matizadas por una gran culpa, relación simbiótica, en la que María no se separaba de este hijo mayor que la posicionaba en un lugar de súper madre, la que todo da y la que todo lo puede; y el motor de sus síntomas físicos, ya que la dinámica que se mostró durante el tratamiento fue la de una madre que al enterarse de las dificultades emocionales y cotidianas de su hijo era el motivo que detonaba sus malestares somáticos, lo que inconscientemente se lee como ante la posibilidad de perder su objeto edípico, es mejor pagar un gran costo, es mejor

enfermarse antes que perder el amor de este hijo; lo que finalmente también producía un gran monto de angustia.

Sin embargo, es de destacar que avanzado el tratamiento María reconoció todos los elementos de esta interpretación, llegando a la siguiente conclusión: *“Me he dado cuenta de que cuando me entero sobre algo de Daniel, me preocupo y me siento mal”, o bien “Si me siento mal y me distraigo en automático me siento bien, es como si no tuviera nada”.*

Y es esta parte del discurso lo que nos da luz para enlazar como una de sus relaciones actuales le da pauta para que toda su sintomatología se reactive, se detone, y busque satisfacer en esta relación su necesidad de dependencia, de atención y amor, de deseo insatisfecho, o como dijera Nassio, en su Dolor de la histeria de 1991, “El histérico es aquel que sin saberlo, impone al lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente”; donde María actúa el papel de la madre perfecta idealizada y la cual busca en cada una de sus relaciones.

2.- “Se presenta como débil, imperfecta/o, tonta/o, con tal de evitar, si es necesario, pensamientos incestuosos, manteniéndose segura/o en fantasías infantiles pregenitales”; María se muestra como una mujer débil, sobre todo en situaciones donde le implica tomar decisiones importantes, esto entendido como las características manifiestas, atendiendo a que finalmente lo que está encubierto es el miedo, si el miedo a darle paso a su vida a todo aquello que le implique un goce.

Así el hecho de mostrarse débil, imperfecta y tonta le brinda seguridad, esto le permite no enfrentarse a sus pensamientos incestuosos, lo que hace que María muchas veces deje las decisiones importantes a su esposo y familia; sin embargo, esta careta no convence a su familia menos a su esposo quien en muchas ocasiones le impone la batuta, poniendo en jaque a María: *“tu habla con ellos, solo*

a ti te hacen caso, para eso eres la mamá, para que hables con ellos, a ti si te escuchan”, lo que finalmente la lleva a otro gran monto de angustia.

Por otro lado, la etapa triangular del Edipo, conflictos y celos acerca de la relación entre los padres y deseos de usurpación del lugar de objeto simétrico del género; esta característica es una de las más definitorias en ese caso, ya que, si bien el padre biológico muere siendo María muy pequeña, son las segundas nupcias de la madre las que no solo desatan los celos de María, sino los inicios de sus síntomas psicósomáticos, esto lo escuchamos en una de las quejas de María ante su madre en este evento: *“Para qué te casas si me tienes a mí”, después ella cae enferma.*

3.- Se siente más cómoda/o presentándose débil y pasiva/o. Su pasividad e infantilidad es egosintónica y una manera privilegiada de mantener el vínculo con el objeto.

Los vínculos que establece María siempre son como un refugio para sus sentimientos de debilidad y pasividad, donde ella logra sentirse protegida y no abandonada, por lo que busca relacionarse con personas que le brinden esta protección y establece relaciones de dependencia, al grado de que sus acciones giran en torno a su presencia, por ejemplo salir de viaje antes era necesario que la acompañara una de sus amigas, o bien sentirse mal si su amiga del trabajo no asiste a trabajar: *“ Si Teresita no va al viaje, me siento mal, siento que ella es quien me echa ánimos, ella me anima, la veo y pienso si ella que ya es una mujer mayor que yo, entonces también yo puedo”, “ Si Norma falta al trabajo, tengo esa sensación de abandono, me siento desesperada, no sé qué hacer, es como si me quitaran un cobija, si es como si me descubieran”.*

4.- “No le preocupa necesitar y ser dependiente del hombre papá”; esto es más palpable en la relación con su esposo Pedro, hombre que en antaño la agredía física y verbalmente, la humilla, la deja sola mucho tiempo, sin embargo todo eso

es preferible a sentirse abandonada, María no comprende cómo es que ella sigue con Pedro, sin embargo es de destacar el papel que este juega en la sintomatología de este caso, ya que este hombre le permite seguir posicionada en un lugar de dependencia, de ceguera, de ceguera histérica, de deseo insatisfecho, de encuentros cargados de una gran angustia ante las proposiciones de su marido de tener una vida sexual.

Pedro su marido la incita muchas veces a tener una vida sexual que a ojos de María es libidinosa, morbosa, suficiente para que ella se sienta desinteresada, temerosa, con asco, él la invita al placer y ella lo desdeña conscientemente, alegando su desinterés por la vida sexual, sin saber que inconscientemente esta el deseo de acceder al placer.

Finalmente podemos decir, que se esfuerza con mayor o menor conflicto para establecer un vínculo infantil con el objeto.

III.-SINTESIS Y COMENTARIOS

1.- Síntesis de la intervención clínica

Ha dejado de preocuparse y “meterse” en la vida de sus hijos, principalmente de su hijo mayor, ella dice que se preocupa, que finalmente son sus hijos y que es momento de dejar de ser la súper mamá, pero que ello no implica que los deje de querer; hoy día ya no lo busca para estar al tanto de lo que le sucede; en un momento determinado hace el corte del “cordón umbilical” al dejarle claro a este hijo que él se haga cargo de sus problemas, y que no quiere que la busque cuando tenga problemas; hoy esta clara que su hijo tiene su propio deseo, y que el tendrá que satisfacerlo con otros objetos.

Lo anterior se ve trasladado en sus otras relaciones, su relación de pareja se ve también con cambios, los cuales son también percibidos por su esposo quien en muchos momentos del tratamiento interfería como detractor del mismo, le reclama a la paciente que se volvió confrontativa, pero ya no agresiva, con un grado de insight importante que le permite cuestionarse su participación en los problemas conyugales, ya no todo es responsabilidad de Pedro dice, yo también lo he provocado.

Uno de los avances más significativos es cuando María dice: *“me he dado cuenta que cuando me preocupo por mi hijo... me duele la rodilla, entonces ¿yo me enfermo sola?, y complementa su postura la siguiente idea, “cuando dejo de preocuparme y hago otras cosas el dolor desaparece, entonces no estoy enferma...”*, apareciendo los inicios de una íntima relación entre la psique y el soma, y por lo tanto la posibilidad de buscar respuestas en esta diada.

Otro punto importante dentro de este caso ha sido la cuestión técnica referente al análisis con sujetos de determinadas características personales, sociales y culturales, las cuales ya se establecieron en el cuerpo de esta tesis; ahora bien la paciente evolucionó significativamente en este sentido, ya que hoy

día se encuentra familiarizada con el método psicoanalítico, hace asociaciones, se cuestiona, entiende – da sentido- a las metáforas utilizadas en el tratamiento.

Así mismo uno de los grandes avances en este caso fue el apego al tratamiento, el cual le permitió a María trabajar su dinámica psíquica y dar paso a otros factores como origen de sus malestares tanto somáticos como psíquicos, lo cual finalmente hace que María realice cambios comportamentales que de muchas formas impacta en la dinámica familiar, por lo que la familia también ha hecho cambios.

Lo anterior provoca que tanto Pedro como Daniel figuras más significativas en la problemática de María empiecen a movilizarse y tomen el lugar que les corresponde: esposo e hijo mayor.

Pedro ya no la agrede físicamente, en cuanto a las agresiones verbales y psicológicas aun persisten, son las menos, pero María las enfrenta ya no con agresiones físicas como solía hacerlo, sino confrontando y cuestionando a su marido, acerca del por qué tiene que tratarla de esa forma; así mismo lo ha empujado a que tome su papel de padre, dejando que sea él quien se haga cargo de diversas actividades para la cuales ella siempre estaba disponible, como el hablar con los hijos cuando tuviesen algún problema, esto ha sido un paso importante porque significa la posibilidad de romper un vínculo muy estrecho al menos en el caso de Daniel, lo que finalmente también es una invitación para ese hijo de crecer y para María de buscar la satisfacción en otros objetos.

Por otro lado también es de destacar la forma de reaccionar de María frente al quiebre emocional de Daniel, donde logra actuar como una madre contenedora, mas no asfixiante, maternal mas no como la súper madre omnipotente y omnipresente de antes, guía mas no una madre que devora, en fin mujer capaz de sentir y mostrar los afectos más allá del cuerpo y de la queja.

P: Pensé que con lo de Daniel me iba a poner mal...Pero no, no me he sentido mal.

Daniel estuvo ha estado internado dos ocasiones en una Unidad Psiquiátrica, la primera cerca de un mes, tiempo en el cual María se mostró tranquila, y con la capacidad emocional necesaria para acompañar y sostener a este hijo durante este evento emocional, y experimentando cierta satisfacción al conservar disponible su amor para cuando sus hijos lo necesitaran, en particular este hijo mayor, pero sin avasallarlos, donde inconscientemente seguiría siendo la madre de antes “cuyo seno les dio gratificación plena y que satisfizo sus necesidades y deseos”, pero ahora con la posibilidad de buscar en otra parte la satisfacción propia.

Finalmente hoy ya se ha separado del hijo mayor, hay capacidad de tolerancia ante los problemas del mismo, ha puesto distancia emocional de por medio, con Zoraida ha mejorado notablemente la relación madre- hija, se ha dado un acercamiento mutuo con Pedro reconoce que muchas veces es ella quien tiene excusas para no “entrarle” a la vida sexual, expresa vergüenza, asco y sobre todo reconoce que es ella solamente quien siente esto.

Ha dado paso a una forma distinta de placer, ya no puesto en la somatización, sino en una forma de vinculación distinta, se da cuenta que puede obtener placer de otras fuentes, ya no solo de “jugar” a la *súper mama*, ha empezado a ver que puede ser ella quien elija como acceder al placer a través de otras vías y ya no a través del cuerpo-síntoma.

2.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES

Al realizar este recorrido teórico clínico, es destacable lo significativo de las figuras parentales, en este caso la madre, va a funcionar como detonante de la sintomatología de María, los sentimientos de abandono, de dependencia y debilidad, serán emociones que la llevan a encubrir todas aquellas fantasías infantiles que le permitían canalizar sus deseos hostiles y agresivos, y su extremo amor y sobre protección hacia sus propios hijos le posibilitan también cubrir sus deseos amorosos y sexuales.

Es claro que existen diversas salidas para la pulsión y en el presente caso la histeria y su sintomatología son formas de hallar una resolución entre el deseo y la defensa. Estos le permiten a María expresar de manera atemporal sus situaciones traumáticas, donde el dolor influye de manera importante en el yo, por lo que el enfermar del cuerpo es una vía que permite una escapatoria a toda esa carga libidinal sin un monto de angustia que la desborde.

Así la represión hace su trabajo dando paso a diversos sentimientos que prevalecen en su vida sexual, como el asco, la represión la vergüenza, completando este cuadro una serie de síntomas físicos que le impidieron enfrentar su cotidianidad, no darle acceso a la posibilidad del placer, y a la expresión verbal de los afectos positivos y negativos; por lo que ahora sus formas de relación se ven matizadas e influidas por un rol de mujer dependiente, temerosa, con sentimientos constantes de abandono, buscando suplir sus necesidades psíquicas a partir de otros.

Es prioritario destacar la importancia del Psicoanálisis como método de atención a este tipo de casos, donde el cuerpo está involucrado, en determinados conflictos psíquicos, ya que permite analizar la íntima relación entre el soma y la psique entendiéndolos como una unidad indivisible, y por lo tanto imposible de explicarlos de forma aislada.

Finalmente es importante destacar que a través de esta maestría y la supervisión clínica, se tuvo la oportunidad de trabajar un caso de tantos que en las instituciones de salud, son “curados” con medicamento, atendiendo al cuerpo y no al inconsciente.

Uno de los objetivos del presente caso fue la de analizar los efectos del tratamiento psicoanalítico en un caso de histeria de conversión, y aunque es uno de los cuadros clínicos clásicos, sigue siendo una tarea difícil, ya que la línea divisoria entre el mundo psíquico y el mundo biológico es tan delgada, por lo que establecer una conexión exacta entre el mundo psíquico y el soma, se vuelve una tarea complicada; sin embargo si podemos establecer ciertas particularidades como el hecho de que finalmente los síntomas físicos le permitieron a María en un primer momento una salida psicósomática, es decir, hay una interrelación entre estos dos mundos, donde los sentimientos de dolor intolerables para el yo, encuentran una salida, en síntomas psicósomáticos funcionando como una forma de enfrentar su realidad externa, interiorizada con frustración, insatisfacción y dolor narcisista.

Es de destacar que en este caso un papel importante en la estructuración de esta psicopatología es la figura del padre desde la observación de su constelación edípica, recordemos que María pierde al padre biológico a los tres años, y en el tiempo de la adolescencia, cae en cama sin razón aparente cuando la madre se vuelve a casar, no acepta una nueva figura masculina, y esta misma actitud de exclusión toma para con Pedro.

El padre estará ausente, tanto de su historia como del discurso de la madre, lo que favorece aun más esa relación simbiótica entre ellas, la figura paterna se convierte en una imago peligroso, la ausencia real y simbólica del padre favoreció la fantasía de una madre que no se llena nunca, que no se satisface ni aun después de muerta.

María dirá, *“si yo hubiera hecho más por mi madre..”*; así la presencia de sus síntomas físicos son un recurso que le permitieron darle una salida a todos esos sentimientos hostiles, agresivos y sexuales que se presentaron en la infancia y que finalmente María no pudo apalabrar, simbolizar de cualquier manera, es así, que la imposibilidad de llenar a una madre que se percibió como figura que abandona, rígida, persecutoria, solapando así aquellos síntomas toda esta hostilidad hacia la madre.

Así retomando lo que plantea Mc Dougall, a la par de esa figura materna terrorífica, se interiorizó el fantasma de un falo paterno peligroso, por un lado idealizado e inalcanzable, y por el otro omnipresente y persecutorio; lo que visualizamos en su relación conyugal, un marido que es golpeador, violento, que incita a una vida sexual y erótica que le da asco, la asusta, pero al que es incapaz de dejar ya que este finalmente juega el rol de marido-padre; donde satisface la necesidad de una figura paterna, ante las dificultades de no poder separarse de esa madre ante su constante temor de ser de nuevo abandonada.

Esta forma de interrelacionarse también la vemos en su función materna, principalmente con Daniel su hijo mayor, con quien María revive de nuevo esta ansiedad, un hijo al que quiere y cuida demasiado, pero a la par es el hijo a quien vive con mayor temor, si temor de que se equivoque, de que no pueda resolver sus problemas, de que se dañe, de que atente contra ella y los demás, en fin, relación que detona sus síntomas físicos.

Y es en esta línea que María vive entre la preocupación y el dolor, con una dificultad importante para hablar sobre sus angustias, sus ansiedades tempranas, y siguiendo a Tizón, con un buen nivel de simbolización, lo que le favoreció el despliegue de cierto histrionismo a través de sus síntomas, esto como una forma esencial de seducción, característica esencial de este cuadro. De allí que una de los objetivos del tratamiento vayan en relación a poner los afectos en las palabras y desplazarlas del cuerpo.

Por ello es importante destacar como el trabajo psicoterapéutico es una opción para el abordaje psicosomático, ya que existe la posibilidad de una lectura psíquica y física de los síntomas de María, así como a sus beneficios secundarios, reconociendo la íntima relación que existe entre el soma y la psique; y cómo estos síntomas serían también consecuencia de una problemática narcisista, reflejada a través de comportamientos que nos permiten establecer descargas libidinales que se pueden pensar como parte de lo escindido.

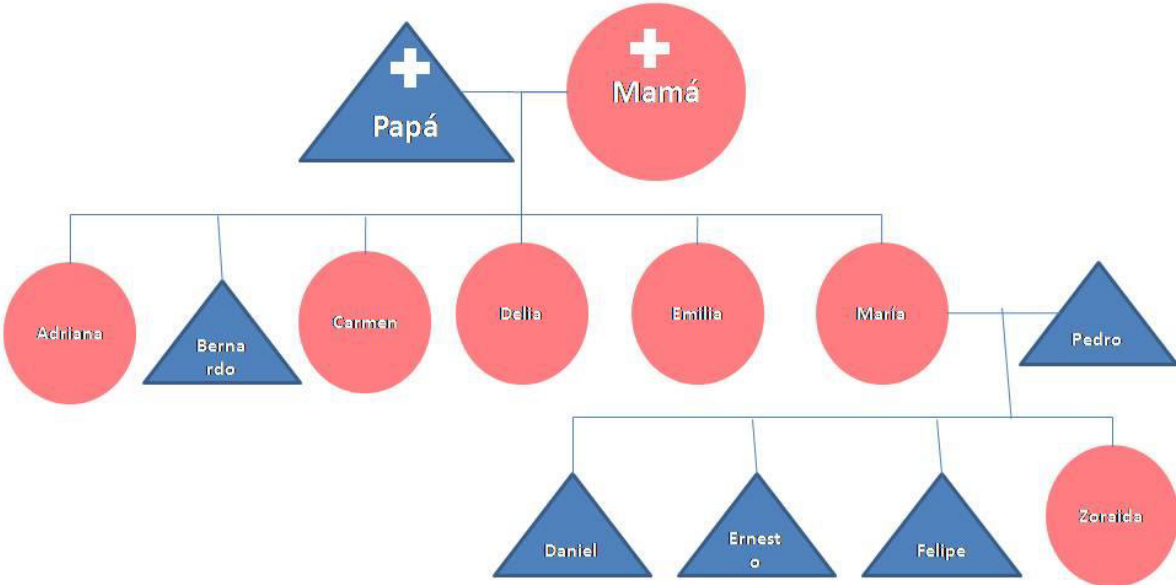
Por otro lado, cabe señalar la importancia de un trabajo interdisciplinario para el tratamiento de ese tipo de casos, ya que es común que en determinadas circunstancias los pacientes presenten cuadros importantes de ansiedad, donde la intervención psiquiátrica es importante a fin de controlar dichos episodios, y que los pacientes puedan acudir a su tratamiento psicoanalítico y desarrollarse en otros ámbitos sin que la ansiedad los desborde; sin embargo es de aclararse que no se dio un contacto directo con su doctora de cabecera a fin de establecer ese nexo profesional, pero si se le sugirió en su momento que acudiera ante la misma para que estuviera en las condiciones físicas de acudir a sus sesiones.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo, consideramos desde el aspecto técnico al inicio del tratamiento los criterios de analizabilidad requeridos para este abordaje teórico; sin embargo, creemos que forman parte de los criterios más ortodoxos del psicoanálisis, y que es posible trabajar con sujetos que aparentemente no los reúnan, siempre y cuando se vaya familiarizando al paciente con el método psicoanalítico.

La transferencia positiva, puede ser leída como en este caso a manera de resistencia o de agresión pasiva, María se ha portado siempre dócil, amable, cual hija o paciente perfecta, esto es, sin dar paso a sentimientos agresivos u opositores. Nódulo central de la relación con la madre, y por lo tanto líneas de trabajo posteriores.

En conjunto la Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica con la Supervisión me permitió llevar a cabo un trabajo psicoanalítico con resultados que han favorecido que María pueda darle un sentido y explicación a sus síntomas, teniendo claro que hay camino que recorrer, para conocer su mundo inconsciente, su mundo interno, y finalmente su relación con sus síntomas.

FAMILIOGRAMA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander , E (2011). Aprender a Investigar. Editorial Brujas, Argentina.
- Bekei, M. (1996). Lectura de lo psicosomático. Lugar Editorial SA, Ediciones Buenos Aires.
- Bleichmar, N. (2010). El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. Editorial Paidós. México.
- Chavero, P. (2013). Penas comunes, salidas pulsionales diversas. Primer Congreso Internacional de Psicología, 27, 28 y 29 de Noviembre, Monterrey, N.L
- Derek, H, (2007). El concepto del self como articulador de los discursos sobre el cuerpo y la enfermedad. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, Vol. 10, Núm. 3, pp.410-421.
- Door, J. (1991). El dolor de la histeria. Amorrortu Editores.
- Door, J. (2000). Estructuras clínica y psicoanálisis. Amorrortu Editores
- Dio, B, Emilce, (1994) El feminismo espontaneo de la histeria, México, Ed. Fontamara
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Obras Completas. Vol. I. Buenos Aires Amorrortu Editores. 1996.

- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires Amorrortu Editores. 1996.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos En Obras Completas. Vol. III. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1896). La etiología de la histeria. En Obras Completas. Vol. III. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En Obras Completas. Vol III. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En Obras Completas. Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. En Obras Completas. Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En Obras Completas. Vol. XIX. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Freud, S. (1933 [1932]). 32ª Conferencia Angustia y vida pulsional. En Obras Completas. Vol. XXII. Buenos Aires, Amorrortu Editores 1996.
- Fenichel, O. (1986). Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós Psicología profunda.
- Greenson, R. R. (2007). Técnica y Práctica del Psicoanálisis. México, Editorial Siglo XXI.

- Hinshelwood, R. (1989). Diccionario del Pensamiento Kleniano. Buenos Aires Argentina, Amorrortu Editores.
- Klein M. (2008) Amor, culpa y reparación. Obras Completas de Melanie Klein, México. Ed. Paidós.
- Klein M. (2008) Envidia y gratitud. Obras Completas de Melanie Klein, México, Ed. Paidós.
- Kreiselman, M. (2012). Consolar los duelos. Enigmas y secretos encriptados en la enfermedad psicósomática. Buenos Aires, Ediciones Galdeman.
- Laplanche, J. y Pontalis(1994). Diccionario de Psicoanálisis, Paidos, B. Aires 2ª. Edición.
- Otero, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. Aperturas Psicoanalíticas, Mayo 2004, N. 16.
- Roudinesco, E y Plon, M (2008). Diccionario de Psicoanálisis, Paidos, Buenos Aires, 2ª. Edición.
- Tizón, J. (2004). La histeria como organización o estructura relacional (1): Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. Intersubjetivo Junio 2004, N. 1. Vol. 6. Pág. 144-165.