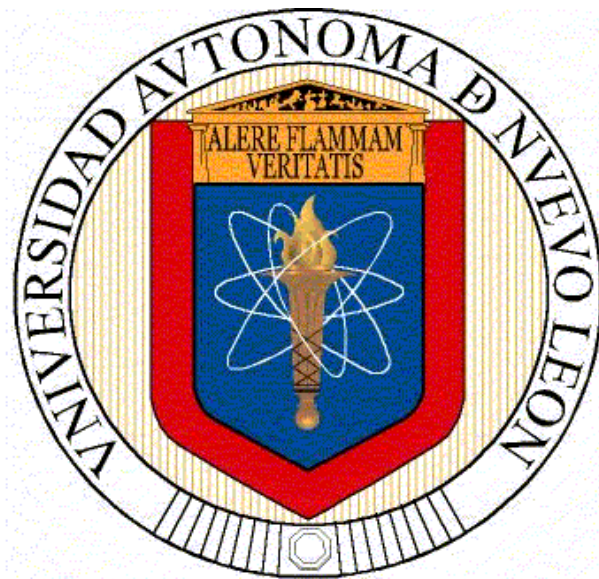


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**LA HISTERIA Y SU RELACIÓN CON EL CUERPO: UNA QUEJA CONSTANTE**

**PRESENTA  
ELIZABETH GÓMEZ GUTIÉRREZ**

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

**DICIEMBRE, 2015**



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



**LA HISTERIA Y SU RELACIÓN CON EL CUERPO:  
UNA QUEJA CONSTANTE**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTA  
ELIZABETH GÓMEZ GUTIÉRREZ**

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

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES  
DIRECTORA DE TESIS**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, DICIEMBRE, 2015.**



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



**LA HISTERIA Y SU RELACIÓN CON EL CUERPO:  
UNA QUEJA CONSTANTE  
ESTUDIO DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTA**

**ELIZABETH GÓMEZ GUTIÉRREZ**

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

**REVISORAS DE TESIS**

**MTRA. MARÍA ANGÉLICA LIMÓN GARCÍA  
DRA. EDITH G. POMPA GUAJARDO**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN      DICIEMBRE, 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Director de la Facultad, el Dr. José Armando Peña Moreno por su confianza y apoyo en mi proyecto profesional.

Al Coordinador de la Maestría Clínica el Dr. Guillermo Vanegas Arrambide por promover e impulsar actividades de índole académica extra curriculares de gran valor para la formación profesional.

A mi directora de Tesis Dra. Blanca Idalia Montoya Flores y a mis dos revisoras, Mtra. María Angélica Limón García y Dra. Edith G. Pompa Guajardo, por orientarme con sus observaciones para poder concluir mi trabajo de tesis.

A mis padres y hermanos por su amor y apoyo, en especial a mi hermana quien me sigue impulsando y es además mi mejor amiga. Gracias a ellos y a ustedes se logró este proyecto.

## RESUMÉN

El presente estudio de caso tiene como propósito analizar la relación entre el cuerpo y el malestar psíquico en un caso de histeria femenina a lo largo de dos y medio años que duro el trabajo analítico.

Para esto nos basamos en el dispositivo metodológico llamado estudio de caso cualitativo (Stake, 1994; Yin, 1994; Merriam, 1998; Pérez Serrano, 1998), que se define como: una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es decir, el caso podría ser una persona, un programa, un grupo, una institución, una comunidad; una estrategia de intervención, etcétera.

M. Muñiz (s'f) considera que la Investigación cualitativa, es un proceso el cual requiere integrar en toda su complejidad los mecanismos, factores y sistemas que producen su sentido específico, pero sobre todo que recobre al sujeto como centro mismo del conocimiento; enfocando la investigación en el indagar cómo la gente le da sentido a sus vidas, de tal forma que hay un especial interés en la propia perspectiva de los sujetos de estudio.

El caso se refiere a una mujer que en su primer acceso a la maternidad fue enérgicamente rechazada por el padre del niño, la familia, además de haber tenido una infancia marcada por maltratos y una madre psicótica. De tal suerte que los siguientes tres procesos de maternidad terminaron en abortos sin justificación médica. Esto lo vive en una relación conflictiva con su esposo e hijos que en función de lo revisado en el caso y los aspectos teóricos engloban su sufrimiento en una estructura histérica en donde al principio predomina el goce del displacer viviendo atormentada en su queja constante e insatisfecha.

Después de un largo proceso la paciente logra moverse hacia la rectificación subjetiva en donde toma participación activa y de compromiso para disminuir su sufrimiento.

# INDICE

## CAPITULO I

Introducción.....	8
1.1 Antecedentes.....	10
1.2 Objetivo General.....	15
1.3 Objetivo Especifico.....	15
1.4 Supuestos.....	15
1.5 Limitaciones y Delimitaciones.....	15
1.6 Justificación.....	16

## CAPITULO II

2.1 Fenomenología de las neurosis.....	18
2.2 La histeria según la concepción Freudiana.....	21
2.3 La histeria y sus síntomas conversivos.....	29
2.4 Elementos estructurales de la histeria.....	32
2.5 La queja Histórica.....	40

## CAPITULO III

3.1 Método.....	46
3.2 Dispositivo analítico.....	48
3.3 Encuadre psicoanalítico.....	50
3.4 Proceso analítico.....	51
3.5 Procedimiento.....	53
3.6 Instrumentos para recabar información.....	53
3.7 Instrumentos de concientización.....	54

## **CAPITULO IV**

### **CASO CLÍNICO**

4.1 Historial clínico.....	56
4.2 Resumen general del caso.....	56
4.2.1 Motivo de consulta.....	59
4.2.2 Demanda de análisis.....	59
4.2.3 Sintomatología actual.....	59
4.2.4 Impresión diagnóstica.....	59
4.3 Estructura Subjetiva.....	60
4.3.1 Contexto familiar.....	61
4.3.2 Figuras significativas.....	63
4.3.3 Estructuración edípica.....	67
4.3.4 Eventos Traumáticos.....	69
4.3.5 Perfil Subjetivo .....	71
4.4 Construcción del caso.....	73
4.4.1 Categoría: “El cuerpo habla, lo que la boca calla”.....	75
4.4.2 Categoría: “Sí lo hace, porque lo hace y sí no lo hace; porque No lo hace”.....	80
4.4.3 Categoría: “Lo hice gente”.....	85
5 Discusiones.....	89
5.1 Conclusiones.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93



# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente estudio de caso es a propósito de obtener el grado de maestría en psicología con orientación psicoanalítica. El cual trata sobre la histeria femenina, patología descrita por Freud en sus investigaciones sobre las neurosis en el año de 1895; los descubrimientos, resultados y la cura de los pacientes atendidos por Freud aun cobran relevancia ya que su teoría sigue explicando dichos fenómenos inaccesibles para la medicina tradicional y tales conocimientos se continúan aplicando con éxito en el ejercicio de la clínica psicoanalítica actual.

A continuación se trabajará sobre un caso de histeria; desde la perspectiva del modelo cualitativo de un estudio de caso en la clínica psicoanalítica.

El presente trabajo es el estudio de un caso clínico de histeria, revisado a través de la teoría psicoanalítica, se divide en cuatro capítulos a través de los cuales se pretende analizar la queja en la histeria desde la perspectiva de Freud y algunos autores contemporáneos. El interés por analizar este tema desde la óptica psicoanalítica radica en comprender el fenómeno de la histeria y sus elementos estructurales aun validos en la actualidad.

En el primer capítulo se dará una breve semblanza de los primeros estudios e investigaciones de la histeria, asimismo delimitaremos la problemática a estudiar planteando específicamente los objetivos y propósito de este amplio apartado de las neurosis.

En el segundo capítulo se establecen los aspectos teóricos más relevantes de la histeria, su queja en relación a la elección de pareja y su correlación con el cuerpo abarcando los diferentes conceptos de la histeria, sus definiciones, los elementos básicos en la formación psíquica de esta neurosis, mostrando lo complejo y sorprendente de la clínica al teorizar y estudiar la subjetividad del individuo desde Freud y algunos autores contemporáneos.

En el tercer capítulo se revisa la guía metodológica y las bases científicas que permiten difundir, explicar y validar la investigación cualitativa en un caso único.

En el cuarto capítulo se construye el estudio del caso, tejido en su contexto cultural, teórico y práctico.

## 1.1 ANTECEDENTES

Para comenzar daremos una breve descripción del tema a abordar “La histeria”.

Roudinesco y Plon (1998):

La palabra histeria deriva del griego Hysteria (útero); se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos. 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 (ataques o convulsiones de aspecto epiléptico) o duraderos (parálisis, contracturas, cegueras). Las dos formas de histeria teorizadas por Sigmund 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. Hay que añadir otras dos formas freudianas de la histeria: la histeria de defensa, que se ejerce contra los afectos displacientes, y la histeria de retención, en la cual los afectos nos llegan a expresarse, y la histeria de retención, en la cual los afectos no llegan a expresarse mediante la abreacción.

“La histeria no es una enfermedad; es la enfermedad en estado puro”- subraya Gladys Swain-. Es más estado que accidente: Lo que hace a la mujer enferma por esencia” (p.462 y 463).

Los estudios más significativos sobre la histeria los realizaron los doctores Breuer y Freud (1895) (P. 41- 43); distinguiendo esta patología por la intensidad de los afectos emocionales y crisis somáticas ante los cuales fracasa la medicina tradicional.

El origen de los fenómenos histéricos según lo investigado por Freud y Breuer son los sucesos que al enfermo desagradan recordar sobre todo que la persona no recuerda realmente lo buscado, e incluso ni sospecha la conexión casual del proceso motivador con el fenómeno patológico.

Para lograr establecer la conexión buscada se inició con el procedimiento de la hipnosis; en donde los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar el recuerdo del proceso provocador y con él el efecto concomitante.

Así el paciente daba expresión verbal al afecto al describir con el mayor detalle posible dicho proceso. Sin embargo en estado de hipnosis el efecto se lograba solo a corto plazo.

De tal forma que cualquier emoción que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico pueden actuar como trauma.

Es de acuerdo a la persona y sus recursos es que tal suceso adquiriera o no importancia traumática.

Con el fin de explicar la fenomenología de la histeria; el método expuesto por Charcot es el primero con el cual se puede revelar el mecanismo de los síntomas histéricos.

La solución al conflicto de acuerdo con este método se daba en una ligera hipnosis, en donde por medio de la expresión verbal se daba salida al afecto concomitante, que había quedado estancado y llevado a la corrección asociativa por medio de la conciencia.

En consecuencia, si se logra atraer tal recuerdo totalmente a la conciencia normal, cesa su capacidad de producir ataques; quedando al descubierto la formación del trauma.

Freud y Breuer (1892) mencionan que: "Para la explicación de los fenómenos histéricos es imprescindible aceptar una disociación, una escisión del contenido de la conciencia".

Lo que se nos plantea en relación al conflicto del ataque histérico es, que si el histérico quiere olvidar intencionalmente una vivencia o si trata de repudiar, inhibir y suprimir violentamente una representación o una intención; estos actos psíquicos ingresan consiguientemente en el estado segundo de conciencia;

desde este producen sus efectos permanentes y el recuerdo de los mismos retornan como ataque histérico.

En el caso que han quedado privadas de una descarga adecuada ya sea por miedo al dolor psíquico, por el pudor o circunstancias sociales o bien por que el sistema nervioso era incapaz de enfrentar su resolución.

Las dificultades encontradas en la cura llevaron a Freud en un primer momento al estudio de las neurosis Freud (1894) clasificándolas según sus aspectos clínicos y mecanismos psíquicos. Situó a la neurastenia como un proceso psíquico ligado a un tipo de satisfacción sexual inadecuado y a la neurosis producida en directo de la excitación sexual insatisfecha.

De acuerdo a lo descrito por Freud (1893) en la histeria, la excitación desligada de la representación por la represión, es llevada a un plano corporal. Sostiene que esta tiene su origen en la primera infancia, entonces la fijación de los síntomas se da en las primeras satisfacciones sexuales poniéndose en relieve el conflicto psíquico entre el yo y las pulsiones sexuales. Conflicto que se da por el carácter placentero de la pulsión sexual y el yo preocupado ante las exigencias de la civilización que le imponen un ideal Freud (1896).

Este conflicto permite ver la escisión psíquica del sujeto, constituyéndose el inconsciente que se filtra en una zona corporal formando un síntoma permanente, neuralgia, anestesia, contractura etc. Asimismo Freud (1898)

descubre en la histeria una sollicitación somática, una especie de llamada al cuerpo donde una representación reprimida venga a alojarse a él.

Con lo anterior se da inicio al presente trabajo en un intento de revisar el contenido teórico referente a la histeria en el campo clínico psicoanalítico como ejercicio teórico-práctico del “Estudio de caso clínico psicoanalítico” único como pre-requisito para obtener el grado de maestría en la clínica psicoanalítica.

## **1.2. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los elementos de la neurosis histérica y sus síntomas conversivos.

## **1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir el mecanismo de defensa en la histeria y su relación con el cuerpo.
2. Analizar los elementos estructurales en la neurosis histérica.
3. Explicar el desafío histérico en relación a lo fálico.

## **1.4. SUPUESTOS**

- Los síntomas histéricos se manifiestan en una somatización corporal.
- El conflicto histérico se expresa en la escisión de la conciencia al trasladar el dolor psíquico a la zona más vulnerable del cuerpo.
- La elección de pareja determina los conflictos emocionales en la paciente histérica.

## **1.5. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

➤ Limitaciones:

-La exploración y el análisis de las características estructurales de la histeria es válido únicamente para la fenomenología de éste estudio de caso.



-El análisis de la paciente se realiza a través de un intermediario institucional en la profesionalización del ejercicio clínico.

-Dicho análisis presenta la dificultad del tiempo, las reglas de la institución, la estructura física y de procedimientos; que son ajenos a la relación meramente terapéutica.

➤ Delimitaciones:

-Para este estudio de caso clínico psicoanalítico es indispensable establecer el tratamiento en función de la teoría y técnica psicoanalítica siendo sus principales exponentes Freud, Dor y Nasio.

-El análisis de la paciente está en curso, sin embargo para este estudio de caso se tomara el primer año de tratamiento.

## **1.6 JUSTIFICACIÓN**

Es sorprendente el descubrimiento de los enredijos de la mente humana, su relación con el cuerpo y el malestar anímico desde hace más de cien años con las investigaciones realizadas por Freud y sus discípulos al encontrar una vía alterna de curación a los malestares del cuerpo fuera de la medicina tradicional.

Así pues se puede enunciar con un refrán popular el cual considero oportuno a este estudio dándole en el presente un sentido y referencia hacia la dinámica de la histeria. *“El cuerpo habla; lo que la boca calla”*.

La fenomenología del malestar anímico en los seres humanos; dotados en su evolución por procesos superiores del pensamiento, que permiten dar cuenta de una vida psíquica en las percepciones propias y de cada individuo.

Es de gran valor en el ejercicio de mi profesión tener las bases teóricas en este camino inagotable de la subjetividad del ser humano, a modo de capacitación profesional, en función de comprender la teoría y técnica psicoanalítica.

Considerando el saber científico psicoanalítico la vía más eficiente para la comprensión de la enfermedad mental y/o anímica.

En función de este objetivo intento por medio del estudio de caso cualitativo observar en lo particular las coincidencias de la teoría psicoanalítica con la evidencia tangible del cuadro histérico; siendo este uno de los más frecuentes, complejos y diversos.

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTACIÓN TEORICA**

#### **2.1. FENOMENOLOGÍA DE LAS NEUROSIS**

Para comenzar hablaremos de algunos aspectos básicos relativos al funcionamiento psíquico descubierto gracias al método científico; en particular para este estudio “el método psicoanalítico y su teoría”.

Fenichel (1966) explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la acción recíproca y de la acción contraria de fuerzas que presionan, las unas, hacia la motilidad, las otras en sentido opuesto, es decir que, el organismo está en contacto con el mundo externo, tanto al principio como al final de sus procesos de reacción, que comienzan con la percepción de los estímulos y terminan con la descarga motora.

Puede afirmarse que la naturaleza esencial de las neurosis es una insuficiencia del aparato normal de control. La insuficiencia puede producirse de dos maneras: Una es un aumento en el flujo de estímulos, en una determinada unidad de tiempo, el aparato psíquico recibe una cantidad excesiva de excitación, que no puede controlar; estas experiencias se llaman traumáticas.

La otra manera es el bloqueo o la disminución previa de la descarga, lo cual produce un estancamiento de la tensión dentro del organismo, de manera que

las excitaciones actúan en forma similar a las traumáticas. Así en cualquiera de las dos formas primero se presenta una defensa del yo contra un instinto; después, un conflicto entre el instinto que tiende a la descarga y las fuerzas defensivas del yo; luego, un estado de estancamiento, y finalmente, los síntomas neuróticos, que son las descargas deformadas siendo “el síntoma” la solución para ambas neurosis.

### La angustia y el papel del súper yo

Freud (1926) gracias a los aportes de Rank le da dos orígenes diferentes a la angustia: una como señal de alerta ante un peligro; por ejemplo, en el lactante sería el miedo a perder el amor y la protección para su supervivencia. La otra es consciente, es un afecto señal, como reacción al peligro de la castración en un tiempo en el que el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad del súper yo.

Se trata aquí, para Freud, de la angustia que sobreviene en un sujeto en el momento de la fase fálica. Así, para Freud la irrupción de la angustia en un sujeto es siempre articulable a la pérdida de un objeto fuertemente investido, ya se trate de la madre o del falo (Vandermersch, 1998).

Para Lacan la angustia no es la manifestación de un peligro interno o externo. Es el afecto que captura a un sujeto, en una vacilación, cuando se ve confrontado con el deseo del otro. Si para Freud la angustia es causada por una falta de objeto, por una separación de la madre, o del falo, para Lacan la

angustia no está ligada a una falta de objeto; sino que surge en la relación entre el sujeto y ese objeto perdido aun antes de haber existido (Idem, 1998).

El papel del súper yo en un sentido amplio aparece como una instancia que encarna una ley y prohíbe su transgresión; esta instancia que se hace oír en el interior se ha manifestado primero en el exterior.

El papel prohibidor del súper yo ha sido ejercido por la autoridad parental; ya que el niño pequeño no posee inhibiciones internas, obedece a sus impulsos y no aspira más que al placer. La renuncia a las satisfacciones pulsionales será la consecuencia de la angustia inspirada por esta autoridad externa; así se renuncia a las satisfacciones para no perder su amor (Laplanche y Pontalis, 1983).

Freud, (1933) describe al súper yo de la siguiente manera: “Tengo ganas de cumplir tal acto apropiado para satisfacerme, pero renuncio a él a causa de la oposición de mi conciencia. O, en otro caso, he cedido a algún gran deseo y, para experimentar cierta alegría, he cometido un acto que mi conciencia reprueba; una vez cumplido el acto, mi conciencia provoca, con sus reproches, un arrepentimiento. Es la instancia judicial de nuestro psiquismo. Por lo tanto esta en el centro de la cuestión moral y social.

En este caso, el súper yo cuestiona en la paciente el significado que tiene “ser mujer” por lo que despierta en ella toda esta angustia que se descarga en forma de síntomas somáticos al no poder situarse o asumirse en la sociedad como mujer (lo que representa en ella ser madre progenitora); ya que en su interior se reprocha constantemente el no poder serlo, con la terrible amenaza de tener que decir la verdad. De esta manera podemos ver cómo, el problema de la angustia es la esencia de toda psicología de los conflictos neuróticos.

## **2.2. LA HISTERIA SEGÚN LA CONCEPCIÓN FREUDIANA**

Siguiendo la línea de lo que hemos revisado hasta ahora encontramos que Freud(1985); consideraba la histeria como una enfermedad psíquica por un exceso de excitación; donde el afecto ligado a la experiencia traumática no ha encontrado una descarga de esa energía por vía verbal o somática, ya que la representación psíquica estuvo ausente, prohibida o era insoportable.

Es si como Freud descubre el punto de partida de esta patología psíquica en la dificultad de recordar los eventos desagradables; pero principalmente la incapacidad del sujeto para no evocar lo que busca realmente, ni siquiera logra ver a distancia la conexión precipitante del suceso motivador, con el fenómeno patológico.

Es más que evidente que el factor fortuito pose en la estructura histérica un valor muy singular y arrasador por sus resultados en la mejoría y bienestar de los pacientes al hablar libremente de su malestar. Es el evento traumático justamente el que causa el daño psicológico o bien la crisis histérica, en donde se vive de nuevo aquella misma experiencia, que provocó el primer sentimiento desagradable.

La conexión entre la experiencia traumática y el afecto ligado a esta experiencia, hacen surgir el síntoma, que ejerce sobre el cuerpo una somatización independiente al momento de su aparición.

Así Freud (1985) determina que los síntomas histéricos se desvanecían inmediata y definitivamente al momento de conseguir evocar con claridad el recuerdo de la experiencia traumática, y con él el afecto análogo al poder describir con detalle la experiencia traumática cargada de afecto.

Esta descarga se hace por el procedimiento definido como sugestión Breuer (1881), también llamada auto hipnosis en el periodo pre sugestivo del psicoanálisis.

Estas reacciones producto de la excitación, las dificultades para recordar y la necesidad inicial de la hipnosis sugieren la existencia de un inconsciente un tanto contradictorio y ambivalente al querer y no poder liberarse de su malestar por las resistencias a la asociación.

En virtud de lo anterior Freud (1985) clasifica tres tipos de histeria: histeria de angustia con predominio en los síntomas fóbicos, histeria de conversión correspondiente al sufrimiento del cuerpo, e histeria de defensa caracterizada por mecanismos defensivos del tipo obsesivo.

En la elaboración Freudiana de la histeria Mazzuca (2008) Menciona que el eje principal que caracteriza la concepción freudiana de la histeria es el “mecanismo de formación de los síntomas”, llamado en un primer momento “mecanismo de defensa” y antecedente del concepto de “represión” refiriéndose específicamente al concepto de conversión: proceso por el cual la magnitud de estímulo de la representación intolerable resulta transformada en excitación somática.

Esta concepción del mecanismo formador de síntomas pone el acento en la llamada “pequeña histeria”, es decir, la que se caracteriza por los síntomas corporales, dejando en un segundo plano las grandes histerias de ataques agudos, que habían sido estudiadas en un inicio por Freud.

En consecuencia el concepto de conversión constituye el eje principal del abordaje conceptual de la histeria por parte de Freud.



## Mecanismos de defensa en la neurosis

Para Fenichel, (1966) las defensas del yo se pueden dividir en dos:

- 1) las defensas exitosas, como la sublimación que no necesariamente designa un mecanismo específico; ya que puede hacer uso de varios mecanismos como el cambio de la pasividad a una actitud activa. El factor común es que, el fin, es decir los impulsos sublimados encuentran su forma de salida en una descarga de carácter adecuado.
  
- 2) Las defensas ineficientes como la represión, que obligan a una repetición o perpetuación del proceso de rechazo, a objeto de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Esto es, si, los instintos que en la infancia entraron en conflicto con las defensas del tipo de contracatexis se hallan excluidos de la posibilidad de descarga periódica; es decir de la oportunidad de liberar la tensión mediante gratificaciones periódicas, entonces estos instintos se contienen, tratando simplemente de bloquear su descarga, haciéndoles perder la conexión con el resto de la personalidad quedando su contenido inconsciente.

Podemos encontrar la base de las neurosis en dos procesos de singular importancia, primero los instintos negados ejercen una constante presión hacia la motilidad. Privados de la posibilidad de una descarga directa hacen uso de toda vía de descarga indirecta, desplazando su energía a todo otro impulso que este asociativamente vinculado a ellos, aumentando la intensidad de este impulso sustitutivo o incluso alterando la cualidad del afecto vinculado a este (Idem, 1966).

Todas las defensas patógenas tienen su raíz en la infancia, y no hay psiconeurosis que no tengan su raíz en la infancia. Al ocuparnos de las neurosis observamos que el estado de ser ahogado por la excitación hacía surgir la necesidad de bloquear el acceso de toda nueva estimulación; definitivamente en este mecanismo las funciones del yo son bloqueadas o disminuidas por la contracatexis. En resumen podemos considerar que este patrón que acabamos de mencionar es de acuerdo con el cual se forman todas las demás defensas patógenas (Idem, 1966).

### Inconsciente

No es posible concebir la teoría freudiana de la histeria sin el inconsciente, termino con el que podemos resumir el descubrimiento de Freud. Sin embargo no fue el quien descubrió el término, pero si el que le dio una significación distinta a la de sus antecesores.

Freud habla primero de la disociación de la consciencia en 1895 al estudiar los fenómenos histéricos, en donde lo definido como “doble consciencia” se observa en todas las histéricas. Ubica el nacimiento del inconsciente entre el primer y tercer año de edad, periodo en el cual se forma la etiología de todas la psiconeurosis.

Según Roudinesco (1998) Freud define su inconsciente con la particularidad de ser a la vez interno al sujeto y a su consciencia y exterior a toda forma de dominio por el pensamiento consiente; revelándose en el sueño, los lapsus, los juegos de palabras, los actos fallidos, etcétera.

En adelante, junto al consciente había que concebir dos tipos de inconsciente, ambos en el sentido descriptivo, pero muy distintos en cuanto a su dinámica y al devenir de sus contenidos: los del inconsciente propiamente dicho no podían llegar nunca a la consciencia, mientras que los contenidos del otro, denominados por tal razón preconscious, alcanzaban la conciencia en ciertas condiciones, después de pasar la censura.

Así las cosas el inconsciente abre el panorama del psiquismo, revelando que la mente está saturada de pensamientos eficientes y paracitos, aunque inconscientes y que de estos emanan los síntomas neuróticos.

En la primera tópica del aparato psíquico Freud denomina inconsciente a la instancia constituida por elementos reprimidos que ven negado su acceso al preconscious-consciente. Estos elementos son representantes pulsionales que obedecen al mecanismo del proceso primario. En la segunda tópica, el término inconsciente califica a la instancia del ello y se aplica parcialmente a las del yo y súper yo (Chemama, 1998).

Cuando Freud intenta definir el inconsciente como sistema, resume sus caracteres específicos del siguiente modo: proceso primario (movilidad de las catexis); ausencia de negación, de duda, de grado en la certidumbre; indiferencia a la realidad, y regulación por el solo principio del placer-displacer (Laplanche, 1983).

Así pues no es tan fácil para el inconsciente hallar su expresión a pesar de que esta fuerza por decirlo de alguna manera se manifiesta indistintamente en la vida cotidiana de cualquier persona.

### El eje del inconsciente

La represión es el mecanismo de defensa primordial de la histeria; en la cual la cosa censurable es tratada como si no existiera. La función de la represión es la tendencia a contener, paralizar, aquello que ha sido reprimido.

De acuerdo con esto la represión es el núcleo del conflicto psíquico en la histeria ya que, produce una tendencia a reprimir todo suceso vinculado asociativamente al material originariamente reprimido, como si se tratase de una fuerza magnética que atrajera todo aquello con lo que está relacionado de algún modo (Fenichel, 1966).

Se puede observar como la represión se libera al convertirse en ciertas alteraciones de las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos. Los síntomas conversivos no son simplemente expresiones somáticas de afectos, sino representaciones muy específicas de pensamientos que pueden ser retraducidos del lenguaje somático al lenguaje de las palabras (Fenichel, 1934).

El histérico presenta, a causa de la introversión, el aspecto de una personalidad dada hacia dentro. Sus síntomas en lugar de estar constituidos por actos dirigidos hacia el exterior están en una inervación interna. Es decir las fantasías de los histéricos que han sido reprimidas, encuentran su expresión en alteraciones fisiológicas.

Así el síntoma conversivo es, para la persona histérica, incapaz de una gratificación sexual auténtica, viene como el sustituto deformado de dicha gratificación que proviene de los impulsos reprimidos.

### **2.3. LA HISTÉRIA Y SUS SÍNTOMAS**

La concepción moderna de la neurosis histérica dio un giro entre 1880 y 1900 en donde se entendía que los conflictos psíquicos inconscientes se expresaban de manera teatral y en forma de simbolizaciones. Siguiendo esta explicación Freud teorizó dos tipos de histeria fundamentales a saber: 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 (Roudinesco, 1998).

Cabe señalar que en los estudios sobre la histeria de 1895 se presentaron los nuevos conceptos de la nueva concepción freudiana del inconsciente como represión, abreacción, defensa, resistencia y, finalmente la conversión, que explica de qué modo una energía libidinal se transforma en una inervación somática, en una somatización con significación simbólica (Idem, 1998).

Posteriormente en 1900 con la interpretación de los sueños, Freud reconoció el conflicto psíquico inconsciente como causa principal de la histeria. En consecuencia confirmó que las histéricas ya no sufrían de recuerdos, sino de fantasmas; ya que además del trauma, existía la historia del sujeto y su propia realidad psíquica para el cuadro patológico de la histeria. Asimismo considero al fenómeno de la conversión como un modo de realización del deseo: Un deseo siempre insatisfecho.

Antes de abordar el tema de la conversión es necesario definir el concepto de represión siendo este mecanismo el punto central del conflicto psíquico en la histeria.

Según Laplanche y Pontalis (1968) en su diccionario del psicoanálisis (p.375) explica la represión como: *la operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión.*

*La represión es particularmente manifiesta en la histeria, también en las restantes afecciones mentales, así como en la psicología normal. Puede considerarse como un proceso psíquico universal.*

*En otro sentido es utilizado por Freud en una acepción que lo aproxima al de defensa.*

*Freud en el texto que le consagra en 1915, la noción de represión conserva la acepción anteriormente expresada: “Su esencia consiste únicamente en el hecho de separar y mantener a distancia de lo consciente”. En este sentido la represión es considerada a veces por Freud como un mecanismo de defensa particular o como un destino de la pulsión susceptible de ser utilizado como defensa. No debe inferirse que represión equivale a defensa; sin embargo en este caso para la histeria cumple la función de defensa.*

## El Origen de los síntomas histéricos

De acuerdo con Nasio (1990) en el siglo XIX gracias a la influencia de Charcot y Janet quedo establecida la tesis que hacía de la histeria una “enfermedad por representación”, idea con la que Freud estaba de acuerdo; pero más adelante modifica su pensamiento introduciendo como causa principal de la histeria la “idea parasita” generadora del síntoma histérico.

En la primera teoría de Freud se sostiene según Nasio (1990) que el enfermo histérico sufrió en su infancia una experiencia traumática. El niño tomado de improviso, fue víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de una efusión sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la menor conciencia.

Esta violencia consiste en el surgimiento de una demasía de afecto sexual, no sentido en la conciencia sino recibido inconscientemente. Asimismo el trauma quiere decir demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria que, al producirse el incidente, hubiese permitido al yo del niño amortiguar y soportar la tensión excesiva. Si hubo trauma, fue porque la angustia que debió haber surgido faltó.



De este modo se comprende que el trauma es un violento desarreglo interno situado en el yo. De la misma manera el trauma psíquico es en un mismo sentido un exceso de tensión errante y una imagen sobre activada por la acumulación de este exceso de energía sexual.

La huella psíquica del trauma; es decir la “representación intolerable” comprende dos elementos inconscientes: una sobrecarga de afecto y una imagen sobre activada.

Ahora lo que se entiende como representación inconsciente o idea parásita por la cual llamamos a la histeria una enfermedad por representación; no es más que la imagen inconsciente, desconectada del cuerpo imaginario (el yo), remitiendo a la parte del cuerpo que estuvo en juego en la escena traumática y altamente investida por una carga sexual.

## **2.4. ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA HISTÉRICA**

### Estructura en psicoanálisis

En general estructura es la disposición y orden de las partes dentro de un todo. También puede entenderse como un sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia del objeto de estudio.

La noción de sistema como estructura, en el cual el cambio de uno de sus elementos implica el cambio del sistema en su totalidad; consistente en despreocuparse de su singularidad y en dedicarse a las relaciones latentes que existen entre ellos o entre sus elementos (Diccionario Larousse, 2000).

Para Dor (1987) el enfoque psicopatológico que atraviesa toda la obra de Freud nos sitúa en una dinámica estructural, en relación directa o indirecta con la metapsicología que se enraiza en tres dimensiones fundamentales que constituyen los puntos de vista tópico, dinámico y económico; los cuales inscriben a la teoría freudiana en una concepción estructural.

Asimismo este enfoque permite, definir el modelo de una potencialidad de estructuración psíquica fundamental a partir de la cual los efectos de regulación interna inducirán perfiles estructurales diversos cuya estabilidad se señalara sobre la base de ciertos rasgos específicos.

Estos rasgos específicos o estructurales son manifestaciones de la economía del deseo, que está regida por orientaciones, trayectorias estereotipadas estables.

La noción de *estructura* formulada por Jacques Lacan tiene sus influencias de manera considerable en la teoría de Levi-Strauss, quien recogió los trabajos sobre este concepto de la base teórica de la lingüística de Ferdinand De Saussure; quienes han sido vinculados al movimiento denominado estructuralista, al que también se le ha atribuido a Lacan algún acercamiento, sin embargo, éste, prefiere no ser asociado en aquel movimiento, ya que su

enfoque plantea elementos independientes, por tanto, Lacan, es asociado al estructuralismo con tesis que al mismo tiempo lo separan de él.

De acuerdo con lo anterior, se parte de las características y principios de la estructura ya enunciados con antelación, donde la identidad de la estructura se desarrolla bajo los principios de autorregulación, transformación y totalidad, puesto que éstos son parte de las reflexiones de Lévi-Strauss, y podrían resumirse en las siguientes cuatro condiciones que propone este autor:

En primer lugar, una estructura presenta un carácter de sistema. Consiste en elementos tales que una modificación cualquiera en uno de ellos entraña una modificación en todos los demás. En segundo lugar, todo modelo pertenece a un grupo de transformaciones, cada una de las cuales corresponde a un modelo de la misma familia, de manera que el conjunto de estas transformaciones constituye un grupo de modelos. En tercer lugar, las propiedades antes indicadas permiten predecir de qué manera reaccionará el modelo, en caso de que uno de sus elementos se modifique. Finalmente, el modelo debe ser construido de tal manera que su funcionamiento pueda dar cuenta de todos los hechos observados (Lévi-Strauss, 1994).

Así, Claude Lévi-Strauss, hace aportaciones de gran magnitud no sólo a la construcción del movimiento estructuralista, a partir de su obra antropológica, sino a los avances que Jacques Lacan logra desarrollar en la comprensión del inconsciente a partir del orden estructural del lenguaje.

En consecuencia, este entramado, que no deja de ser un entramado sobre el lenguaje en Lacan, incurre para evidenciar el estatuto del sujeto. El lenguaje en Lacan, está allí para cumplir una función creadora. Crea al sujeto, quien a su vez irrumpe en el lenguaje, se trata de un vínculo recíproco. La estructura por sí misma no significa nada si no existe su expresión donde incurre siempre la cuestión del sujeto. *Es el sujeto en cuanto es representado por un significante para otro significante*, y el significante no es aprehensible en su significación si no aparece allí una señal del sujeto. Por tanto, comprendida la razón estructural que constituye el lenguaje en Lacan, es conveniente observar sus dimisiones llevadas al campo del saber del inconsciente, es decir, el sujeto como efecto (Becerra; 2013).

Así podemos pensar la constitución y estructura de la persona en los significantes del lenguaje.

#### Diferencia entre síntomas y rasgos estructurales

Antes de precisar el carácter de la estructura histórica es pertinente distinguir la diferencia entre rasgo estructural y síntoma.

Lacan (1953) “El síntoma se resuelve en su totalidad en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es del lenguaje del que hay que liberar su habla”.

Dor (1991) seguía la línea de Freud al decir que el síntoma está siempre sobre determinado, por hallarse directamente ligado a la acción del proceso primario, principalmente a la condensación. En consecuencia el síntoma se presenta como un material significativo que dice más de lo que parece en lo inmediato.

Se comprende, en tales condiciones, que el síntoma tenga por naturaleza un valor significativo aleatorio e imprevisible. Como formación del inconsciente, el síntoma se constituye por estratificaciones significantes sucesivas; en esta estratificación la selección de los significantes no obedecen a ningún principio de elección estable.

Los componentes significantes constitutivos del síntoma son, directamente tributarios de las fantasías del inconsciente.

Esta elección vacilante de los significantes del inconsciente, existe una determinación inevitable, en la que la administración del material significativo se efectúa en la ignorancia del sujeto.

El síntoma es un producto de elaboración psíquica, un derivado de la estructura cuya identidad no ofrece ninguna garantía concreta para establecer un diagnóstico Dor (1987).

Ahora bien la particularidad esencial de la estructura es que queda determinada de una vez y para siempre; así los rasgos estructurales constituyen los indicadores de señalización impuestos por la dinámica del

deseo. El rasgo de estructura se presenta como un elemento estable que anuncia una estrategia del deseo (Idem, 1987).

En este orden es importante señalar que aunque la estructura esta irreversiblemente determinada, eso no significa que la economía de su funcionamiento sea invariable. Hay que aceptar que, como sujetos, somos más que efectos del significante. La estructura trabaja en la administración de estos efectos significantes, y sobre ello no ejercemos ningún dominio Dor (1991).

De ahí que todo el mundo este condenado a adherirse a la estructura del fantasma, entiéndase estructura de lenguaje; es decir lo simbólico que es tanto más determinante cuanto que la elección de esa estructura, para un sujeto, es justamente aquello por lo cual adviene a lo simbólico; lo simbólico es el advenimiento del sujeto propiamente dicho (Idem, 1991).

### Concepto del falo

Antes de describir los rasgos estructurales de la histeria, es importante recordad el concepto de falo en Freud quien refiere (1923) *“Para ambos sexos sólo un genital, el masculino, es tenido en cuenta; lo que está presente por lo tanto no es una primacía de los genitales sino una primacía del falo”*.

Freud en su descripción de la subjetividad del niño en relación al falo reconoce dos momentos: primero el de la fase fálica en donde se da una generalización a partir de una experiencia particular. Como él tiene pene, entonces todos los

seres tienen pene. En un segundo momento dentro de la fase fálica el pene es un presente, en el sentido de que existe, pero que se puede perder; aparece así la angustia de castración en el varón. El pene es entonces una presencia que se define en relación a una ausencia posible y una ausencia que se hace posible en relación a una presencia supuesta (Bleichmar, 1984).

Esto muestra la correlación entre presencia de pene y máxima valoración, ausencia de pene, mínima valoración. Así para Freud como para Lacan fálico implica valioso y castrado es no valioso (Idem, 1984).

### Componentes de la estructura histérica

De acuerdo con Dor (1991) en la histeria la lógica fálica y la construcción del deseo se orienta en torno a la problemática del tener y su correlato no tenerlo.

Toda la economía deseante de la histeria se agota sintomáticamente en la apuesta a prueba de “dar pruebas” interrogando e impugnando la atribución fálica. En este caso el sentido es apropiarse del atributo fálico del cual el sujeto se considera injustamente desprovisto.

El presentimiento de castración es aquello por lo cual el niño descubre que él no solo no es el falo, sino también que no lo tiene, tal como la madre, de quien al mismo tiempo descubre que lo desea allí donde supuestamente se encuentra. El padre accede a su plena función de padre simbólico.

A continuación se presentan los componentes estructurales para la organización psíquica de la histeria de acuerdo con lo descrito y estudiado por Joel Dor en el libro de estructuras clínicas.

- a. Para gustar y tratar de satisfacer lo que imagina es el placer del otro se da la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del otro; es decir el fervor en ponerse al servicio del otro en una abnegación sacrificial.

“Necesita de un amo sobre el cual reinar”.

- b. Se vive en una queja arcaica como no habiendo sido suficientemente amado por el otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados de la madre. Precisamente en esta falta de “tener”, el histérico privilegia su identificación con el “ser”. En esta identificación trata de ser el objeto ideal del Otro, ese que supone no haber sido jamás. El histérico busca ante todo que su deseo permanezca insatisfecho, a fin de que la insatisfacción movilice cada vez más al deseo en una aspiración al ideal el ser.

“Hacer desear al otro para hacerse ver como el objeto que podría colmar su falta”.

- c. Gracias al ideal al que el histérico rinde un sacrificio sin condiciones es el que prevalece un afán de perfección en donde interviene lo bello y lo femenino.



- d. Indecisión permanente. Ningún objeto elegido será capaz de tranquilizar o de cumplir su función.
- e. Identificación con la mujer en busca de la identidad femenina.

## **2.5. LA QUEJA HISTERICA**

Hablar de la histeria es hacerlo de los deseos insatisfechos, esa peculiar manera de posicionarse el sujeto frente a su verdad que corresponde con una estructuración clínica en el que interviene un mecanismo psíquico descubierto en el año 1895.

Todos poseemos la capacidad de hablar. Si el que habla es un sujeto deseante, es decir implicado en su vida cotidiana como protagonista, producirá efectos en la realidad que dicen de él.

En la clínica de la histeria se presenta un cortejo sintomático dramatizado e inconsciente para el propio sujeto. Es decir se dramatiza una historia en una personalidad disociada: hay una que no sabe del sexo (sexualidad reprimida) y hay otra que dramatiza el aspecto sexual disociado.

La histeria transforma lo bello en feo, porque lo genital en ella es lo reprimido, lo feo, lo que le da asco por las mañanas, náuseas a media tarde, frigidez todo el día, problemas con la piel, cistitis después de una relación sexual, neuralgias que con nada se resuelven, anestесias y contracturas durante años,

perturbaciones de la visión, vómitos persistentes, anorexia, etcétera (Saldías y Lora, 2006).

Cualquier función humana puede afectarse en la histeria y cualquier parte del cuerpo puede resultar una zona histerógena, simbolizando un trauma psíquico.

Podemos asegurar que, sea cual sea el síntoma del paciente, llegamos al terreno de la vida sexual. Conflictos psíquicos donde una representación (escena o experiencia sexual) intolerable para el sujeto, provocó una defensa del yo e induce la represión del material que desde entonces vive y actúa de manera inconsciente en el paciente.

En 1895, el doctor Sigmund Freud, separó mujer de histeria, momento histórico que produce una modificación en el modo de tratar la histeria, con respecto a lo que durante siglos se pensó como engaños, exageraciones o simulaciones de las pacientes.

No por ser histérico se es mujer o dicho de otro modo, los hombres también pueden presentar esta clínica. De modo que la estructura clínica que llamamos histeria es un modo particular de preguntarse, en torno a la sexualidad, a la muerte y la procreación.

Lo que no puede satisfacerse en la histérica es tener el pene, y para que el hombre caiga en esa sensación de ambicionar “no tener lo que tiene” se posiciona en el otro sexo. Para ser histérico hay que estar en posición femenina; remitiéndonos a la pregunta ¿Qué desea una mujer?.

## ¿Qué duele en la histeria?

Todos los neuróticos sean obsesivos, fóbicos o histéricos, utilizan el mecanismo de la dramatización en su devenir cotidiano, pero en la histeria esta dramatización la encontramos exagerada.

Lo dramatizado además, y esto es fundamental para entender y tratar la histeria es algo que está dissociado de la conciencia, es decir, es algo inconsciente para el sujeto. El paciente no sabe lo que le pasa y no puede atribuir los síntomas a lo que ocurre, porque acontece en él de manera inconsciente.

El inconsciente es esa temporalidad humana donde somos juguetes de nuestro pensamiento, esa instancia psíquica que sobre determina y genera lo singular y subjetivo de nuestros órganos de la percepción. Creemos ver donde en realidad no miramos. Somos hablados, mirados y pensados desde otro lugar diferente al que informan nuestros sentidos.

Para la histérica todo lo bello de la vida, está fuera de ella, se juega una cuestión estética, entendiendo por estética una cuestión ética del deseo. Ella (la bella indiferencia) seduce para atraer con su seducción lo que está fuera de ella y después lo rechaza con su frigidez o con náuseas y mareos, para no gozar de ello, para no disfrutar, para que su deseo permanezca como insatisfecho.

La frigidez, la falta de orgasmo, las náuseas, el asco, la repugnancia, las enfermedades del cuerpo, son problemáticas histéricas.

El paciente histérico (hombre o mujer) se coloca con respecto al semejante en posición femenina. Posición femenina quiere decir el modo de enfrentar la verdad.

Los celos de la histeria tienen el carácter de exclusión. Ella se siente excluida y lo vive con un tinte paranoico, no porque él pueda tener otras relaciones, sino por el terror de no sentirse amada, la amenaza constante de que el partenaire haga algo diferente de lo que se espera que haga. Terror que se esconde detrás de los órganos sexuales femeninos, en la relación sexual fantaseada por ella, siendo niña, con una persona adulta, generalmente el padre (Fernández; 2000).

Los hijos, normalmente, para una histérica son el falo, el pene de la madre, recubiertos por los brillos de su falta. El hijo al lado de ella, es un rey, un dios pero sólo al lado de ella. Cuando el hijo sale a la calle y se le presenta una dificultad, un fracaso escolar, él vuelve a casa con ella donde sigue siendo el rey. Una madre histérica generalmente no desea al marido, desea el falo (sus hijos) produciendo hijos inhibidos y potencialmente enfermos que se harán cuidar por la madre histérica (Idem, 2000).

La histeria se establece en una etapa teórica: la fase fálica, donde no hay referencia orgánica como sucede en otras estructuras clínicas con referencia a la fase oral y anal. En la histeria el falo desliga al sujeto psíquico de lo que le ocurre en su cuerpo biológicamente. Y sabemos que la teoría sólo se puede

modificar con teoría, de modo que sólo el psicoanálisis puede atender y tratar esta estructura clínica que llamamos Histeria.

### Cuerpo y sus síntomas

Freud. Este autor en 1893, plantea una hipótesis en la que dice que no se puede tomar el cuerpo como un orden natural, más bien tomar al cuerpo como efecto de las incidencias de la cultura y del lenguaje – es decir, como una construcción por fuera de lo natural dado.

En 1905 en “Tres ensayos para una teoría sexual” Freud hace referencia al cuerpo como organismo relacionado a los instintos: “*La fuente del instinto es un proceso excitante de un órgano, y su fin más próximo está en hacer cesar la excitación de dicho órgano*” (Freud, 1905). El término instinto en el texto se encuentra como concepto límite entre lo psíquico y lo físico. Las zonas erógenas donde recae la excitación sexual, también son denominadas órganos.

En 1905 en “Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis” afirma que: “*El psicoanálisis de sujetos histéricos mostraron que su enfermedad era el resultado de un conflicto entre la libido y la represión sexual y que sus síntomas constituían una transacción entre ambas corrientes anímicas*” (Freud, 1905).

Hasta este momento Freud todavía lee el cuerpo de las histéricas desde una lectura más relacionada a lo anatómico dentro del discurso médico.

Dentro de este discurso médico, cuando Freud realiza una comparación al tratar las parálisis y otros síntomas corporales histéricos son independientes de la anatomía. El cuerpo de la histérica cuando encarna un síntoma no es un objeto para mirar y diagnosticar, sino que hay que escuchar lo que quiere decir. Freud empieza a escuchar el discurso que ellas emplean acerca de su cuerpo y su síntoma como si se tratara de un texto. A partir de ese momento cambia su visión anatómica del cuerpo para comenzar a dar cuenta de un cuerpo de construcción psíquica (Saldías y Lora, 2006).

En 1914 en “Introducción al narcisismo”, da cuenta del cuerpo a partir de la constitución del yo. Plantea que el yo se constituye como una instancia psíquica que se forma a partir de dos momentos, donde el primero adquiere significado a partir del segundo. Estos dos momentos serían el autoerotismo y el amor objetal.

En el autoerotismo la libido –como energía pulsional sexual- está volcada hacia el propio cuerpo, el cuerpo en este tiempo está investido de la carga libidinal del sujeto que encuentra placer en él. En el autoerotismo todavía no existe un Yo por lo que no existe organización hasta la instauración del amor objetal. En este segundo momento la carga libidinal pasa a un objeto, pero no en su totalidad, sino solo parcialmente, y el narcisismo primario prevalece.

Freud afirmara que este autoerotismo marca de cierta forma zonas erógenas que constituirán el cuerpo del adulto y que serán las zonas que se privilegiarán como lugares de elección para la manifestación del síntoma conversivo.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS**

#### **3.1 METODO**

En la psicología de orientación psicoanalítica el estudio de caso es la principal estrategia metodológica para realizar investigación M. Muñoz (s´f).

El dispositivo metodológico para este anteproyecto está basado en la estrategia de investigación de corte psicoanalítico utilizando como principal recurso el estudio de caso cualitativo (Stake, 1994; Yin, 1994; Merriam, 1998; Pérez Serrano, 1998), se define como: una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es decir, el caso podría ser una persona, un programa, un grupo, una institución, una comunidad; una estrategia de intervención, etcétera.

La elección de dicha metodología está determinada por su objeto de estudio, el cual explora la compleja interconexión de los aspectos subjetivos que determinan la salud mental del sujeto, con el propósito de comprenderlos para su transformación, es necesario utilizar una metodología que incorpore la experiencia existencial de los sujetos- sus acciones, pensamientos, sentimientos, y percepciones- como el principal foco de investigación y de interpretación.

M. Muñiz (s'f) considera que la Investigación cualitativa, es un proceso el cual requiere integrar en toda su complejidad los mecanismos, factores y sistemas que producen su sentido específico, pero sobre todo que recobre al sujeto como centro mismo del conocimiento; enfocando la investigación en el indagar cómo la gente le da sentido a sus vidas, de tal forma que hay un especial interés en la propia perspectiva de los sujetos de estudio.

La metodología más aceptada en el campo de la psicología clínica, es el método de caso singular lo que da validez y carácter probativo en función de su realidad, de su autenticidad, y no de su frecuencia o representatividad estadística.

El equivalente a los métodos de caso único de la psicología clínica en la investigación cualitativa es el método de las historias de vida que, en cierto modo son una aplicación de la hipótesis ergódica (Martínez, 1998; citado por Muñiz. M.).

Para fines prácticos los estudios de caso son generalmente narraciones detalladas del fenómeno estudiado, por lo cual encuentran en las historias de vida su principal modalidad de representación (Huberman, Thompson y Weiland 2000).



### 3.2 DISPOSITIVO ANALÍTICO

A continuación se describen las reglas constantes al método psicoanalítico que permiten estudiar y dar cuenta del inconsciente como principal objeto de investigación y tratamiento dando con la terminología sustento teórico al funcionamiento psíquico con las definiciones técnicas del lenguaje psicoanalítico de Laplanche y Pontalis.

Asociación libre: Es un componente de la técnica psicoanalítica, que fue desenredándose progresivamente entre los años 1892 y 1898. Considerándose asociación libre por no orientarse selectivamente y no tener ningún punto de partida suprimiendo la selección voluntaria de los pensamientos.

Atención libre y flotante: Manera como el analista debe escuchar al analizado sin conceder ningún privilegio al material evocado lo que implica que el analista deje funcionar libremente su propia actividad inconsciente. Así tanto medico como paciente se sumergen sin restricción a todo lo que el inconsciente oculta.

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 exprese por la formula "No entrar en el juego del paciente; por último neutral en cuanto al discurso del analizado, es

decir no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

Trasferencia: Designa el proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación especial como la relación analítica.

Discurso: Organización de la comunicación, principalmente del lenguaje, específica de las relaciones del sujeto con los significantes, y con el objeto, que son determinantes para el individuo y reglan las formas del lazo social (Lacan, 1972).

Resistencia: Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica. En mayor o menor grado, están presentes desde el principio hasta el fin del tratamiento (Freud, 1912).

Análisis del material del paciente: El procedimiento analítico más importante es la interpretación; todos los demás le están subordinados, tanto teórica como prácticamente. Todos los procedimientos analíticos son pasos que conducen a una interpretación (Bibring, 1954; Gill, 1954; Menninger, 1958).

Abstinencia: Con el fin de conservar una motivación suficiente es necesario:

- a) Que el psicoanalista señala constantemente al paciente la índole infantil y nada realista de la satisfacción instintual que busca.
- b) Que el analista se cerciore que no está en ningún modo, consciente ni inconscientemente, dando satisfacción a las necesidades instintuales neuróticas infantiles del paciente.

La frustración provocada por la abstinencia del analista, inducirá al paciente a la regresión de modo que toda su neurosis se vuelva a sentir y vivir en la transferencia.

### **3.3 ENCUADRE PSICOANALÍTICO**

Horario: Miércoles de 6:00 p.m. a 6:45 p.m.

Frecuencia: una vez por semana.

Tiempo de la sesión: de 45 a 60 minutos.

Honorarios: Se fijó una cuota de recuperación para la Unidad de Servicios Psicológicos de la facultad.

Posición: Pasiva

De acuerdo con Nasio (1990) el reconoce tres estados propios del yo que resumen el rostro específico de la histeria en análisis a saber: posición pasiva, yo histerizador y yo de tristeza. En este caso identificamos a la paciente en una posición pasiva, donde el yo se encuentra en constante espera de recibir del otro, no la satisfacción que colma, sino, la no respuesta que frustra.

### 3.4 PROCESO ANALÍTICO

El propósito de este apartado es presentar lo esencial de la teoría y técnica del psicoanálisis poniendo en práctica las normas básicas de este método terapéutico.

Asociación libre: Es un componente de la técnica psicoanalítica, que fue desenredándose progresivamente entre los años 1892 y 1898. Considerándose asociación libre por no orientarse selectivamente y no tener ningún punto de partida suprimiendo la selección voluntaria de los pensamientos.

Atención libre y flotante: Manera como el analista debe escuchar al analizado sin conceder ningún privilegio al material evocado lo que implica que el analista deje funcionar libremente su propia actividad inconsciente. Así tanto médico como paciente se sumergen sin restricción a todo lo que el inconsciente oculta.

Trasferencia: Designa el proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación especial como la relación analítica.

Discurso: Organización de la comunicación, principalmente del lenguaje, específica de las relaciones del sujeto con los significantes, y con el objeto, que son determinantes para el individuo y reglan las formas del lazo social (Lacan 1972).

Resistencia: Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica. En mayor o menor grado, están presentes desde el principio hasta el fin del tratamiento (Freud, 1912).

Análisis del material del paciente: El procedimiento analítico más importante es la interpretación; todos los demás le están subordinados, tanto teórica como prácticamente. Todos los procedimientos analíticos son pasos que conducen a una interpretación (Bibring, 1954; Gill, 1954; Menninger, 1958).

Interpretación: Deducción por medio de la investigación analítica, del sentido latente 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.

Confrontación: Es una manifestación de la resistencia, que reside en hacer que el paciente entienda que está resistiéndose, por qué se resiste, a que se resiste y cómo se resiste.

Alianza de Trabajo: Es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica. Una relación que debe establecerse antes de que se le dé una interpretación al paciente (Freud 1913).

### **3.5 PROCEDIMIENTO**

Mary solicita atención psicológica en la unidad de servicios psicológicos de la facultad de psicología de la UANL; en coincidencia con la terapeuta para la asignación de la paciente.

Se acuerda la primera cita a través de la institución, posteriormente se realiza el encuadre terapéutico fijando el lugar, el horario, el costo de recuperación y el compromiso por dos años de terapia determinado por la institución.

Una vez establecidas las sesiones en tiempo y espacio; se realizaron tres entrevistas iniciales con el objetivo de tener un panorama general de la vida del paciente hasta el momento actual de su vida.

Finalmente se inicia el proceso de análisis con la premisa de expresar libremente todo lo que venga a su mente sin importar el contenido de sus pensamientos.

### **3.6 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN**

\*Ficha de identificación.

\*Viñeta clínica.

\*Entrevista.

\*Observación.

\*Historial clínico.

\*Discurso del paciente.

### **3.7 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN**

Con el fin de favorecer los procesos terapéuticos, es importante definir la terminología siendo esta el instrumento que guía el modo de actuar en el psicoanálisis.

#### 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.

Es el procedimiento que distingue el psicoanálisis de las demás psicoterapias porque en el psicoanálisis, la interpretación es el instrumento decisivo. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado.

#### Señalamientos

Se refiere aquellas observaciones que tienden a enfocar nítidamente los fenómenos psíquicos que se están analizando. Extrayendo detalles significantes y separarlos cuidadosamente de la materia extraña.

Es el procedimiento que distingue el psicoanálisis de las demás psicoterapias porque en el psicoanálisis, la interpretación es el instrumento decisivo. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado.

### Confrontación

El proceso en cuestión tiene que hacerse evidente, tiene que resultar explícito para el yo consciente del paciente. Ponerlo frente al hecho que está evitando algo.

### Construcción

Elaboración hecha por el psicoanalista con el fin de volver a encontrar lo que el sujeto ha olvidado y no puede recordar, cuya comunicación al paciente actuaría en la cura paralelamente a la interpretación.



## **CAPÍTULO IV**

### **CASO CLÍNICO**

#### **4.1 Historial clínico**

Nombre: Mary. Así nombraremos a la paciente para efectos de este caso.

Edad: 41 años.

Nacionalidad: Mexicana.

Ocupación: Hogar, venta de cosméticos por catálogo y venta de manualidades de su propia creación.

Edo. Civil: Casada.

Hijos: Tres.

#### **4.2 RESUMEN GENERAL DE CASO CLÍNICO**

Mary es una mujer robusta, de 41 años, muestra esmero en su arreglo personal; vende productos de belleza por catálogo; además atiende las labores del hogar y realiza algunas manualidades. Es casada, tiene un hijo biológico de 20 años y dos adoptivos de 6 y 7 años respectivamente; quienes son en realidad sus sobrinos. Mary llega a la clínica por la necesidad de atención psicológica para su hijo menor, después por su hija y finalmente por ella; iniciando su tratamiento en septiembre del 2012 a diciembre 2014.

Se recibe a Mary cordialmente, se le invita a tomar asiento a lo cual accede; pero inmediatamente se levanta, argumentando que no puede respirar, que le

falta aire y que se debía al calor, solicita mantener la puerta abierta mostrando mucha angustia y dolor reflejado en la incapacidad para hablar (voz quebrada y llanto).

Mary es la segunda de 5 hijos, sus padres se divorciaron cuando ella tenía 15 años, a partir de ese momento continuó su crianza con los abuelos maternos.

A sus 20 años sostiene una relación sentimental breve de la cual nace su primer hijo; situación que hubo de enfrentar sola; ya que su pareja en ese entonces, ni después asumió la responsabilidad paterna.

Sus abuelos la apoyan durante y después del embarazo. Mary en todo momento mantiene contacto con su padre gracias a su abuela.

Aproximadamente a sus 36 años se desempeña como auxiliar administrativo en un negocio de recolección de basura. Durante este tiempo tiene noticias de su hermana mayor dedicada a la prostitución, la cual aparece con una niña de un año de edad en muy malas condiciones. Mary se encarga de asear, alimentar, vestir y cuidar a la niña por algunos días; después regresa la madre y se la lleva.

Pasado un tiempo la hermana es detenida por prostitución en donde se dan cuenta que está embarazada, razón por la cual la liberan. El padre de Mary se entera que su hija mayor va a cambiar a la niña por una casa, entonces el padre y la paciente (Mary) buscan a la madre de la niña (hermana mayor de la paciente) y la refieren al DIF.

El DIF se hace responsable de la menor y del embarazo de la mujer. Mary logra obtener la custodia temporal; pero con la condición de llevarse a los dos hermanos. El DIF en un primer momento entrega en custodia al niño de 5 días de nacido; la niña es entregada un mes después de la entrega del niño por cuestiones de salud en la menor.

La paciente lleva al niño a su trabajo, en donde recibe mucho apoyo y permisos por parte de sus jefes. El niño llama la atención de un compañero de trabajo por lo cual se da mucho acercamiento entre la paciente y éste compañero, quien es su esposo y de oficio mecánico.

En el transcurso de los primeros 3 años en pareja, sufrieron tres abortos, el primero al mes de gestación, el segundo al tercer o cuarto mes de embarazo y el tercero a los 8 meses. Situación que comenta la paciente les afecta mucho a ambos. *En relación a esto la paciente refirió que sus abuelos no le permitieron ser madre de su primer hijo, solo como proveedora argumentándole que no servía para eso.*

#### **4.2.1 MOTIVO DE CONSULTA**

El motivo por el cual la paciente acude a consulta es porque dice encontrarse preocupada por su relación de pareja; además de no saber cómo decirle a sus hijos la verdad “que son adoptados”, teme que cualquier día se los puedan quitar y/o que su madre (abuela de los niños) o alguien, les diga la verdad.

#### **4.2.2 DEMANDA DE ANÁLISIS**

Su principal preocupación es *¿Cómo decirles a mis hijos la verdad? Y mi relación de pareja.* De acuerdo a esta preocupación pareciera ser que resalta su demanda hacia su analista de que le diga cómo ser madre para no seguir perdiendo hijos.

#### **4.2.3 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL**

Mary manifiesta migraña asociada al periodo menstrual, se presenta uno o dos días antes llegando a necesitar inyección para su dolor, además de gastritis, colitis, presión alta, eventuales ataques de pánico por las noches “miedo a morirse”, enojo y malestar general por las diferencias con su esposo, por los problemas de conducta de sus hijos, y por comentarios de su madre.

#### **4.2.4 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

De acuerdo a los síntomas y rasgos propios que manifiesta la paciente, de estar en la queja constante, en la abnegación, el sacrificio; y sus dolores corporales podemos seguir la línea de una “estructura histérica”.

### **4.3 ESTRUCTURA SUBJETIVA**

Mary desde su infancia ha tomado la responsabilidad moral de sus hermanos; y principalmente la contención afectiva; cuenta la historia que al nacer la primogénita, la madre se desorganizó emocionalmente, rechazándola entre otras cosas por “estar fea”, negándole las atenciones básicas e incluso dejándola al cuidado de su abuela materna.

A diferencia de su hermana a Mary le tocó mejor suerte, relatan que a ella si la quiso, la cuidó y atendió mejor que a su hermana; sin embargo, Mary y sus tres hermanos restantes abandonaron su casa entre las etapas de la pubertad y adolescencia por malos tratos.

Es así como ahora Mary sigue conteniendo a sus hermanos al relatar con cierto hartazgo, abnegación y reproche que siempre que alguno de sus hermanos tiene algún problema le hablan para desahogarse o bien para que les de la solución del problema. Esta situación se repite en casa con su esposo e hijo de 22 años.

Con esta pequeña parte de la historia familiar de la paciente podemos destacar el elemento del sacrificio, abnegación y la complacencia a pesar de ella.

En cuanto a la relación materna la percibió sin la atención y el amor suficiente por parte de la madre; ya que esta vivía para su pareja, negándole alimentos, dinero y la estancia en la casa principalmente para dárselos a su pareja.

#### **4.3.1 CONTEXTO FAMILIAR**

La familia nuclear de Mary es de nivel socioeconómico bajo, su mamá término primaria y secundaria. Mary, sus hermanos y demás familiares cercanos sospechan que su madre tenga una enfermedad psiquiátrica, actualmente la señora trabaja cuidando a un adulto mayor. Su papá no termino la carrera; pero leía mucho, murió en el 2010 de cáncer de próstata. Lo describe como cariñoso, atento, responsable, e inteligente; asimismo comenta la paciente que le faltó más autoridad y carácter.

Al formar la familia nuclear tuvieron que recurrir al apoyo económico de los abuelos maternos, pues los primeros años vivían bajo el mismo techo. Posteriormente pudieron independizarse y tener una casa para la familia nuclear; pero las constantes agresiones de la madre hacia todos, impidieron una sana convivencia por lo que el primero en dejar la casa fue el padre negándole el derecho a ver a sus hijos, la mayor desde muy pequeña fue criada por la abuela materna, la paciente y una de sus hermanas fueron auxiliadas por la familia de una amiga de ellas con quien vivieron varios años, la más chica de las mujeres se fue con unos familiares a Estados Unidos, el varón con unos tíos maternos.

Después el padre logra hacer contacto con la paciente y la hermana que estaba con ella, se unieron para vivir juntos los tres, hasta que la falta de dinero las hace regresar a casa de la abuela materna y el padre se va a vivir solo; sin perder contacto con ellas ni de sus otros hijos.

Todo se mantiene de esta manera hasta que la paciente al cumplir sus 20 años queda embarazada y madre soltera. Los abuelos de la paciente asumen la paternidad de su hijo desplazándola de ser madre; sin embargo la paciente cumple dicha función en forma muy limitada por la imposición de sus abuelos. En esos años ella, estudia secretariado a la vez que trabaja.

Tiene varias relaciones de pareja sin importancia, una de ellas llegó a ser significativa la sostuvo con un hombre casado con quien duró ocho años y le dio los apellidos a su hijo.

Actualmente la paciente vive con su esposo y sus tres hijos en casa de los abuelos maternos quienes le heredaron la propiedad. Mantiene relación cordial con su madre a la cual procura más por obligación que por un lazo afectivo.

Los lazos más fuertes de apoyo que tiene son con su hermana quien siempre la acompaña. También se lleva muy bien con el resto de sus hermanos; pero la paciente es el apoyo. Su esposo es alcohólico y lleva aproximadamente un año sobrio, no llevan una buena relación y presentan muchas dificultades en intimidad.

#### **4.3.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS**

Con la finalidad de proteger la identidad real de los personajes de este caso, se le han asignado un nuevo nombre a cada personaje que lo requiera.

Abuela materna: Fue su principal figura de apego, como abuela cubrió las necesidades maternas básicas de sus nietos. Contención afectiva, aceptación, amor, proporcionó una estructura familiar más sana de la que hizo su madre. También fue dominante, generó dependencia y desvalorizó a la paciente como madre. En varias sesiones Mary relata que cada vez que ella tomaba la responsabilidad de su hijo su abuela se lo impedía haciéndole referencia a cierta incapacidad para cuidar del niño, además de ofenderla y denigrarla como “madre”. Por otro lado fue el sustento económico y afectivo de ella, recuerda con nostalgia la buena atención que recibía en cuanto a sus comidas, ropas, escuela y un mejor trato del que le daba su madre.

La paciente relata que dormía con su abuela y le tocó vivir todo el suceso de la muerte de ella.

Abuelo materno: Habla muy poco de él, al parecer muere unos años después de su abuela; lo describe como la figura paterna de su hijo, muy consentidor, cariñoso y atento. Mary menciona, que él hacía comentarios ofensivos en relación a los pocos cuidados maternos que le permitían dar a su hijo. Mary refiere que ambos abuelos le manifestaron su decepción al haber quedado



embarazada ya que la paciente era considerada inteligente, de carácter, buena en todos los sentidos sociales; esperaban que ella tuviese un gran futuro.

Madre: De posible estructura psicótica por lo que se sabe hasta el momento. La paciente comenta que su madre siempre ha sido cruel y agresiva, pero que hace aproximadamente dos años empezó a tener alucinaciones visuales y auditivas. Un médico psiquiatra allegado a la familia le advirtió de una posible esquizofrenia.

A ella le cuentan que su madre se compuso con ella; ya que con su primera hija “se *deschaveté*.” A ella la reconoció como hija, la quería por estar bonita, estaba contenta de su nacimiento a diferencia de la primera.

A pesar de estos relatos el discurso de la paciente con relación a su madre manifiesta rechazo, malos tratos, ruptura afectiva, ya que mantiene contacto con ella por ser simplemente quien le dio la vida; la compadece por no estar bien de la cabeza, siendo difícil para la paciente expresar algo bueno de su madre.

Padre: Lo describe como una persona sana, cariñosa, inteligente “*buen padre*”, en vida tiene muy buena comunicación con él, rescata a sus nietos y le ayuda en la adopción de los mismos. Ella lo acompaña en sus últimos años. También le reprocha el no haber hecho más por ellos.

Padre de su primer hijo: Es la primera pareja de Mary; lo describe como un pandillero con adicciones, agresivo y sin sentimientos. Cuando ella se da cuenta de que está embarazada le comenta en forma de supuesto para ver su reacción, él responde inmediatamente con rechazo hacia ella y hacia el hijo; por lo que decidió alejarse de él sin más explicaciones.

Pareja quien dio apellidos a su hijo: Mantuvo una relación de amasiato durante ocho años con esta persona, quien fuera 20 años mayor que ella. Mary comenta que esta pareja le enseñó el arte de las ventas, y las relaciones públicas.

Lo describe como un hombre bueno, noble, y responsable, describe que fue feliz el tiempo que compartió con él; sin embargo llevar una relación así la lastimaba mucho.

Esposo: A su esposo lo conoció en el trabajo en donde ella era la cajera y el recolector de basura. A raíz de que la paciente lleva al niño a su trabajo Juan (Esposo) empieza a tener más atenciones con ella, motivado por el niño ya que en varias ocasiones Juan por iniciativa propia iba a bañarse y cambiarse de ropa para poder cargar al niño. En la primera semana de estar el niño con la paciente Juan le entrega toda su raya para ayudarlo y así empieza la relación, al pasar dos años se casan.

Al inicio la relación fue buena; después la relación se deterioró mucho por el alcoholismo de Juan, varios años “vivían de la greña” hasta que ella inicio trámites para el divorcio, él se negó además dejó el alcohol, razón por la cual ella lo perdono; sin embargo la relación sigue con muchas dificultades por heridas del pasado. (Como escoge a Juan, lo elige para tener pretexto de quejarse, menciona).

-Por una parte aprecia y admira la capacidad de su esposo como muy buen proveedor y por otra lo devalúa como hombre al no poder responderle en la intimidad.

-Se queja de que su esposo “nunca se arregla y siempre anda sucio” y cuando se arregla para salir sin su compañía, también se molesta.

-Si su esposo la acedia o busca para la intimidad dice que es un hostigoso y si no la busca es porque ya encontró otra.

Claramente podemos constatar la queja incesante de la paciente, logrando orientar su tratamiento a los rasgos histéricos.

Hermana: Alicia es la tercera, siempre han estado juntas y se apoyan pero Mary considera que siempre ella da mucho más y la apoya más de lo que ella recibe. Además la describe como una persona cruel, impaciente, perfeccionista y racista en el sentido de discriminar a todos los que no tengan su misma condición económica o ideas.

Hijos: Sus hijos adoptivos son su adoración, consideran que ellos son los únicos que la ayudan y se preocupan por ella. Sin embargo acudió a la clínica por su mal comportamiento y bajo rendimiento escolar.

A su hijo mayor lo quiere. Refiere que es muy celoso de los niños y de su esposo, además el decir de ella es que a él no le importa ella, la puede ver muriéndose y no la pela.

#### **4.3.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA**

La figura materna estaba ausente en cuanto a la calidez y protección de ella y presente en forma abusiva y cruel. Su madre incapaz de proporcionar la contención afectiva básica, al servicio del hombre, antes que a la función materna e incluso la paciente la describe violenta, abusadora y punitiva. No sólo no contaba con ella, la violentaba. Tuvo que sustituir a la madre con su abuela materna para tener una “figura materna” quien además le brindó lo necesario.

En cuanto a su padre, fue muy inconsistente oscilaba entre la presencia y ausencia. La madre constantemente lo corría, vivían de pleito, él se iba por semanas o meses hasta que se divorciaron.

En la infancia el abuelo materno sustituyó la figura paterna; después en la adolescencia regresa el padre por algunos años, pero nuevamente se ven en la necesidad de separarse, hasta que finalmente en la adultez se reencuentran hasta el fallecimiento del padre.

Probablemente la paciente se identificó con los niños en su condición de orfandad ellos al igual que ella no tuvo padres; o mejor dicho nunca estuvieron para ella.

El afecto y demostraciones de cariño eran del tipo material y provenían principalmente de su padre; además era la figura de quien recibía protección; sin embargo la paciente narra que poco podía hacer su padre para defenderla de los maltratos de la madre ya que en ocasión también él era agredido por ella.

Podemos señalar la impotencia del padre al no poder defenderla, ni defenderse, ni ejercer ningún tipo de autoridad así mismo como ahora le sucede a ella y a su pareja unidos por la identificación en la impotencia y por otra parte con sus hijos en la orfandad.

#### 4.3.4 EVENTOS TRAUMATICOS

En el curso de las sesiones hubo tres eventos traumáticos que contribuyeron probablemente al conflicto que presenta con su cuerpo y enfermedades.

##### Primer evento: Embarazo no deseado.

Cuando la paciente se da cuenta de su embarazo es rechazada junto con el producto por su pareja, cuando sus abuelos se enteran también es rechazada y muy criticada por ellos le decían la gran decepción que les había causado, que jamás se lo esperaban de ella, que había echado su vida a perder, que todos sus sueños se habían venido abajo.

Una vez que nace el niño la devalúan como madre, le impiden el acercamiento a su hijo diciéndole que ella no sabe y no sirve para eso, así ella solo es la proveedora de recursos económicos para la manutención de su hijo; en cuanto a la crianza la dejan fuera; pero ella también lo permite. Comenta en una de las sesiones *“se adueñaron de él, lo hicieron suyo”*.

A través del material expuesto en las sesiones asocio estas circunstancias a los posteriores abortos involuntarios que la paciente presento en el intento de tener familia con su esposo.

Relata en sesión: *“En una de tantas discusiones con mi esposo y en reclamo de unos hijos propios “yo le digo búscate otra que te pueda dar hijos” “Yo no”...“Tú no los engendras y yo no los puedo retener”.*

Segundo evento: Muerte de la abuela y del padre.

Mary presencio tanto la muerte de su abuela como la de su padre. En la primera relata que estaban dormidas (dormían juntas) y en la madrugada escucha un fuerte lamento de la abuela, inclina su cuerpo al frente y cae, la abuela muere de infarto. Durante los siguientes tres meses ella presenta muchas dificultades para dormir, ataques de pánico por miedo a la muerte, no quería dormir por miedo a que le pasara lo mismo que a su abuela, entonces se atiende con un médico general que le receta ansiolíticos.

También acompañó y cuidó a su padre en el último año de vida, en donde lo vio sufrir mucho a causa del cáncer de próstata, lo que lo llevó a obsesionarse con su salud, haciendo constantes revisiones médicas, al consumo de suplementos alimenticios, visitas frecuentes al médico, preocupación constante por su salud y principalmente por su propia muerte y lo peor la posibilidad de dejar en la orfandad a sus hijos.

#### **4.3.5 PERFIL SUBJETIVO**

##### **Maneras de interacción**

Muestra una personalidad seductora en la mayoría de sus relaciones, se esfuerza por agradar y complacer a las personas que la rodean. Su manera de interactuar es gentil y servicial rayando en sus límites al procurar a los demás. Se le facilitan las relaciones interpersonales con extraños y conocidos, logra establecer amistades largas y duraderas. Sin embargo la relación con su esposo hostil, tiende a devaluarlo constantemente.

##### **Identidad sexual**

Es congruente en su identificación femenina “En su ser Mujer” en lo biológico, social y psicológico. A lo largo de su vida ha tenido cuatro parejas. En su forma de conducirse en el hogar y el afuera pareciera una mujer fálica.

##### **Rasgos de carácter**

La paciente se muestra muy atenta y servicial; al mismo tiempo es severa en la crítica a los demás y al entorno, es aprehensiva, exigente en todos los sentidos además de algunos tintes de hipocondría. Llega a saturarse de tareas personales y ajenas por el hecho de pensar que nadie lo hará como ella o bien por ostentar su destreza, altivez y vanidad.



El perfil de sus emociones es amplio sin embargo fluctúan entre los estados depresivo, ansioso e irritable a la vez de reflejar optimismo, alegría y alta estima en apariencia.

### **Recursos yoicos**

Su funcionamiento intelectual es adecuado, logra constancia en las actividades que realiza, como el asistir a terapia. Se ubica en tiempo, espacio y persona. Su atención, concentración y juicio está estables en su vida cotidiana. No presenta ninguna alteración de índole neurológica.

### **Mecanismos de defensa**

Identificación proyectiva.- en la relación con su esposo; es decir no logra ver su propia impotencia; pero si la ve en su esposo. Sus sentimientos de indefensión y abandono los pone en los otros, además recurre en ocasiones a la negación minimizando o justificando los eventos dolorosos hacia su persona.

### **Características del súper yo**

Tiene un súper yo inflexible en cuanto a los valores sociales, exigente hacia si misma; cayendo en la sobreprotección de sus hijos no tanto por amor ,sin negar lo que exista; sino más bien por quedar bien ante la mirada del otro. Intolerante y crítica hacia a los demás y hacia sí misma.

#### 4.4 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

En este apartado se describirán los momentos del proceso analítico que se trabajó durante aproximadamente dos y medio años; además el poder describir teóricamente las problemáticas específicas que sirvieron de referente para presentar este caso.

En un primer momento la paciente llegó muy angustiada al relatar que no hallaba como decirles la verdad (en relación a su maternidad) que no eran sus hijos, esto corresponde al motivo de consulta. Además de lo anterior culpa a su esposo de su incapacidad para tener hijos, es decir pareciera ser que lo culpa de su dificultad para ser madre atribuyéndole la impotencia de su esposo al alcoholismo.

También en este primer periodo presentaba síntomas somáticos de colitis, gastritis, y migraña en donde se expresaban sus conflictos psíquicos los cuales eran ignorados por su familia.

Se percibía así misma como una mujer que podía resolverlo todo; y al mismo tiempo estaba convencida de que los demás tenían la culpa de sus fracasos o sus decisiones en una queja constante.

Culpa a su madre de no poder separarse de su esposo porque esta no le ayuda con sus hijos, culpa al hijo mayor por no apoyarla con los dos hijos menores, culpa al esposo por el mal comportamiento de los niños, además de no poder engendrar hijos propios.

En relación a esto Nasio (1990) en El dolor de la histeria menciona “Que la histeria no es una enfermedad que afecte a un individuo, sino el estado enfermo de una relación humana en la que una persona, es en su fantasma, sometida a otra”. Un fantasma en el que ella encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha.

El segundo momento corresponde a lo que Lacan (1958) llama la “rectificación subjetiva” en donde se traslada la necesidad del paciente hacia la demanda; es decir cuando la paciente a través del proceso terapéutico comienza a entrever otro modo de vivir su sufrimiento, otra manera de manifestar su demanda de curación, comprometiéndose de otra forma más activa para resolver su situación.

Así ella se da cuenta de lo que le pasa haciéndose cargo de la parte que le corresponde, deja que cada quien haga lo que le toca, tolerando la angustia que esto le ocasiona.

En el tercer momento empieza hablar de la disminución de sus síntomas corporales, incluso con orgullo relata que en una de tantas discusiones con su esposo ella le dice “*No me voy a enfermar*” y justo así sucede.

Anteriormente en cada discusión con su esposo o su hijo mayor terminaba con migraña, presión alta, y/o gastritis. Con esto claramente se observa el movimiento de una posición pasiva de víctima a una posición activa en donde ella misma pone límites a su histeria haciendo justamente la rectificación subjetiva.

En consecuencia logra involucrarse y resolver algunas de las fallas en la dinámica familiar llevando a sus hijos de paseo independientemente de la opinión, autorización u acompañamiento de su esposo.

#### **4.4.1 “EI CUERPO HABLA LO QUE LA BOCA CALLA”.**

Para comenzar definiremos el modo en que conceptualizamos la histeria siguiendo la teoría psicoanalítica de Nasio (1990). Quien desde su punto de vista relacional, la concibe como un vínculo enfermo del neurótico con el otro.

Esta neurosis se exterioriza en forma de trastornos diversos y a menudo pasajeros (Idem, 1990, p. 13). En particular se manifiesta con los síntomas somáticos que tienen como condición absoluta ser transitorios, no resultan de ninguna causa orgánica y su localización corporal no obedece a ninguna ley de

la anatomía o fisiología del cuerpo. Estos sufrimientos somáticos dependen de otra anatomía, principalmente fantasmática (Idem, 1990, p.14).

En el mismo sentido López (2011). Refiere que el cuerpo puede ser el que le quite la palabra al sujeto manifestándose como un cuerpo parlante, que dice algo.

Es en este punto en el que podemos situar la neurosis histérica con la analogía del siguiente dicho popular, “El cuerpo habla lo que la boca calla”.

De acuerdo con Nasio (1990) la solución contra la represión en la histeria, es la conversión que se encarga de transformar el exceso de carga psíquica a un estado somático.

En esta misma línea de pensamiento Laplanche y Pontalis (1968) en su diccionario de psicoanálisis (p.85), definen la conversión como:

“Un mecanismo de formación de síntomas que intervienen en la histeria y, más específicamente en la histeria de conversión. Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (parálisis), o sensitivos (anestiasias o dolores localizados)”.

La palabra conversión corresponde en Freud a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas.

A continuación podremos leer claramente como el síntoma corporal remite a otra cosa que permanece latente: En este caso los achaques de la paciente simbolizan la dificultad de asumirse en todo lo que implica el rol de ser mujer y más específicamente en el papel de madre que le corresponde.

Relata en sesión:

PX: *“Pues sigo igual de achacosa con la migraña, la gastritis, colitis, me duelen mucho los senos, ayer me empezó la ciática”.*

*“Escuche una frase que dice el cuerpo habla lo que la boca calla”.*

TX: *¿Y qué callas?*

PX: *Pues los corajes, las cosas con las que no estoy de acuerdo por no hacerlas más grandes, ya no puedo con este hombre, no va a cambiar.*

*Mi mamá me dice que lo ignore que me voy acabar.*

Como ya se había mencionado Mary se presenta a terapia con sensación y síntomas de asfixia su malestar en ese momento es la incapacidad para respirar en apariencia por el calor. La lectura de este hecho es la fuerte carga de angustia al revelar los motivos de su consulta *“Cómo decirles la verdad...”* *“No son mis hijos”*.

En esta línea Green (1992) acentúa la capacidad de comunicar la carga libidinal a través de los órganos lo cual caracteriza a la histeria; al investir la representación del órgano (síntoma somático, asfixia) en el intento de reducir la angustia, que corresponde al rechazo de la realidad, una realidad intolerable.

Esta realidad que aparece inicialmente en el discurso del tratamiento me refiere a un momento anterior en donde de manera pasiva la paciente se funde en el deseo del otro al mostrarse obediente con la abuela y permitir que esta anule su deseo de ejercer la función materna al excluirla totalmente de la crianza de su primogénito.

Relata en sesión: *“Cuando mi primer hijo lloraba o era necesario realizar cambio de pañal o darle el biberón y me acercaba a él, mis abuelos me decían ¿A dónde vas?, ¡Tú no sabes!, ¡No sirves para eso!”*.

Además cuando ella se entera de su embarazo y en forma de supuesto se lo comenta a su novio, este le anticipa un rechazo total. De tal suerte que su cuerpo a abortado en tres ocasiones.

Posteriormente en una de tantas discusiones con su esposo refiere que él le reclama por no darle hijos propios a lo que ella responde:

*“Tú no eres capaz de engendrarlos y yo de retenerlos; ese será tu castigo”.*

Así como Mary, Dolto (1998) se cuestionó ¿Qué es una mujer? Y reflexiono: Es el origen, la iniciadora al mundo, porque de ella depende la civilización, el ímpetu, el valor del cónyuge, la supervivencia del cuerpo de sus hijos y su salud. Cabe señalar que este es el papel que la mujer representa en la sociedad y en su propia psicología.

Esto nos lleva a la función materna de la mujer en donde ella no logra asumirse como “madre” ya que no la dejan, pero además no se impone, como tal, ya sea porque no la dejan o bien por una ganancia inconsciente que queda en la pasividad protegiéndose de su propia impotencia.



#### **4.4.2 “SÍ LO HACE, PORQUE LO HACE Y SÍ NO LO HACE, PORQUE NO LO HACE”.**

Ahora analizaremos algunos de los elementos estructurales de la histeria como lo es la insatisfacción y la dificultad para aceptar la falta que se manifiesta en el carácter de la paciente y el conflicto constante en la relación con su esposo.

Nasio (1990) menciona que la histeria no es una enfermedad que afecte a un individuo, como se piensa, sino el estado enfermo de una relación humana en la que una persona es, en su fantasma, sometida a otra. La histeria es para el psicoanálisis el nombre que damos al lazo y a los nudos que el neurótico teje en su relación con el otro, sobre la base de sus fantasmas.

Un fantasma en el que él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha; es este estado de insatisfacción el que sostiene y da forma a la vida de la histérica.

El miedo a gozar y la negativa al gozo ocupan toda la atención psíquica en la histeria. Así el histérico se inventa inconscientemente un libreto fantasmático destinado a probarse a sí mismo y a probar al mundo que no hay más goce que el goce insatisfecho. En consecuencia la realidad cotidiana del neurótico se modela, según el molde del fantasma, y los seres cercanos a los que ama u odia desempeñan para él el papel de otro insatisfactorio (Idem, 1990).

En relación a esto Dor (1991) dice que en todo sujeto histérico persiste, 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.

En este sentido Dor (1991) explica que se trata de pasar a ser el objeto ideal del Otro, ese que el histérico supone no haber sido jamás. Por lo mismo lo que el histérico persigue está determinado, ante todo, por esa identificación con el objeto ideal del deseo del Otro, así podemos inferir que todos sus esfuerzos se ponen al servicio de la identificación fálica.

Dicha identificación fálica se resuelve con la aceptación de la castración; es decir el encuentro inevitable con la falta.

Esto que refieren los autores mencionados se puede reflejar en el relato de la siguiente sesión:

PX: *“Me molesta que nunca se arregla para salir, a veces me da vergüenza, siempre anda sucio”... “Yo le digo que si va a salir conmigo se arregle”... “Él me dice, que no va a pagar con la ropa; sino con dinero”*

En otra ocasión relata que se *molestó mucho con su esposo porque se arregló para ir a visitar a un amigo, y se queja diciendo “Como es posible que para salir conmigo no se arregle”... “Ahí andaba bien apurado buscando las botas y ropa limpia”... “Me dio mucho coraje y le reclame”... “Él también se molestó y terminamos peleados”... “Me dice que ya me está haciendo caso, ¿Qué por qué me enoja?*

TX: *!Que difícil debe ser darte gusto!, cuando tú esposo no se arregla te molesta y te da vergüenza y a la vez cuando se arregla también te molesta.*

*¿Cómo saber cuándo te molestaras y cuando no?*

Esta intervención se realizó para confrontarla con su permanente insatisfacción y exponer los defectos de los demás como propios; sin asumirlos. Además de mostrar los pretextos para estar siempre enojada o en una queja constante.

A propósito de esta insatisfacción permanente, esta mujer se niega al encuentro íntimo de manera inflexible y si acepta es por obligación quedando los dos sin escapatoria en un estado permanente y latente de insatisfacción. Una insatisfacción que no se establece en el mero registro de lo sexual sino que se extiende al contexto de su vida cotidiana (Nasio, 1990).

El Histérico se empeña asombrosamente en su insatisfacción. Tanto se empeña que hace de su deseo: deseo de insatisfacción (Idem, 1990).

Se comprende que la paciente al estar complacida por su esposo, no le queda más remedio que entregarse al goce de este; ya que en repetidas ocasiones menciona que las discusiones cotidianas postergaban los encuentros sexuales, al haber constantes diferencias entre ellos estos encuentros parecen no darse nunca. Aunado a esto se manifiesta verbal y corporalmente la queja de ella al no tener un hombre que la satisfaga en el terreno de lo sexual, al expresar en diferentes sesiones *“Es un buen proveedor, para lo otro un estúpido”*.

Parece que en esta relación ella se percata que la mirada de su esposo no está en ella; sino en los demás, asimismo se manifiesta lo difícil que es para él complacerla y la opción de ver a otro lado como la única alternativa.

Con la finalidad de empatar la teoría con el presente caso a continuación se describe el fenómeno con un fragmento de viñeta. Refiere en sesión haberse enojado con su esposo por no saludar a una vecina.

*PX: “Que mal, no tienes educación, ¿Por qué no saludas?, siempre me haces quedar mal”... a lo que él le contesta que no se dio cuenta... ella insiste que él se hace el loco”.*

En otra ocasión relata haberse molestado cuando su esposo se muestra amable con la misma vecina diciendo *“Anda de chiflado”*.

*TX: Que casualidad, cuando le pides algo a tú esposo, nunca lo hace bien para ti, pero le sale mejor para otras personas; imagino que difícil debe ser; ya que si hace lo que le pides te molesta y si no lo hace también.*

*PX: Ja, ja, ja, ja... Ya sé, ni yo misma me entiendo.*

Con esto se dio la confrontación de su constante queja, logrando que notara su incongruencia e incluso, sí se invirtieran los papeles ella misma no sabría cómo responder al igual que su esposo.

Pudo aceptar su responsabilidad en el conflicto, entendiendo que justamente el afán de corrección y la sobreprotección de sus hijos, de su esposo; además de su actitud aprehensiva hacia “el hacer bien las cosas” era la causa por la cual se sobre cargaba con el trabajo de los demás.

Este cambio, mejoró su salud, su relación con hijos, esposo y amistades, lo manifestó en varias sesiones diciendo *“Ya lo dejo solo, antes todo le hacía”...* *“Deje de cargar el costal; me siento ligerita”...* *“Aunque las cosas no salgan bien, ya no me importa”*.

Es así, como la paciente acepta pasar por la angustia de castración a la que se refiere Nasio (1990); es decir aceptar su impotencia y la dificultad de control hacia los demás.

#### **4.4.3 “LO HICE GENTE”.**

A continuación analizaremos el componente fálico en este caso de histeria. Para ello es importante retornar a la dialéctica edípica en la cual Dor (1991) menciona que la identificación fálica es puesta en duda por la intrusión de un padre imaginario, que el niño fantasmaliza como objeto fálico rival suyo ante la madre. Esta apuesta fálica representa la marca de una injerencia del padre en los asuntos del goce materno.

Justamente, a través de la figura paterna, el niño descubre dos realidades: 1) que el objeto del deseo materno no depende de su propia persona y 2) que su madre está en falta. En la histeria, el significante de la castración está simbolizado. El precio de la pérdida que hay que pagar por esa simbolización se manifiesta en el registro de la nostalgia fálica; realmente es esa nostalgia lo que da a la histeria el peso de su invasión espectacular y desbordante (Idem, 1991).

Así es como la paciente se aferra en la “apariencia de ser”, por cuanto es allí donde puede entrar en el desafío histérico y sostenerlo como una estrategia de reivindicación fálica.

Lo anterior se ve fácilmente puesto a prueba en la contestación fálica que, frecuentemente, gobierna la relación con un compañero masculino. Tratándose de todas aquellas situaciones en que la histérica desafía a su compañero masculino significándole: “Sin mí no serias nada”. O, dicho de otra forma: “Te desafío a que me pruebes que realmente tienes lo que supuestamente debes tener”.

Lo anterior lo podemos observar en el siguiente fragmento, en donde la paciente reclama a su esposo por irse a la cantina en presencia de un compadre de él:

*PX: Llega de tomar y me quiere abrazar, hay no, yo le digo...*

*“Quítate, mira como vienes”... Tú y yo nada que ver!!!*

*Compadre: Ya comadre, no exagere, no es para tanto.*

*PX: Tú me lo estás descomponiendo, era como tarzan, yo lo hice gente, poco a poco lo fui educando.*

*TX: ¿Y qué piensas de eso? ¿En realidad crees que no hubiera podido hacerse cargo de sí mismo?*

*PX: No, pues no. Pero me ha costado.*

Al respecto Dor (1991) dice, que el goce de la mujer histérica viene a ser la omnipotencia fálica. El histérico cuestiona y reclama sin descanso la atribución fálica, en dos posiciones psíquicas: por un lado, el padre tiene el falo de derecho, y por esta razón la madre lo desea en él; por el otro, el padre no lo tiene sino porque priva de él a la madre. Esta última posición es la que alimenta la apuesta a prueba de la atribución fálica.

Esta reivindicación del tener se inscribe en una misma dinámica independientemente del sexo del histérico, la cual es apropiarse del atributo fálico del cual el sujeto se considera injustamente desprovisto. En este caso se trata de la mujer histérica que intenta “hacerse el hombre”.

En otra ocasión comenta en sesión:

*PX: “Mi esposo es como un burro de carga, muy bueno para trabajar, pero no sabe cobrar”... “Le quedan a deber y tengo que ir a cobrar yo”.*

*TX: Sí tú no fueras a cobrar, ¿Quién lo haría?*

*PX: Pues él.*

*TX: ¿Y por qué no lo dejas?, tal vez te precipitas!.*



Con esto se da cuenta que ella misma frustra o impide a su compañero hacer lo que ella tanto le exige; como lo señala Dor (1991) la lógica fálica en la histeria se orienta, en torno de la problemática del tener y su correlato no tenerlo, habiendo salido del pasaje del ser. Por más que la dimensión del tener sustente de manera permanente la economía histórica del deseo, existen ciertas tendencias donde, precisamente por falta del tener, la histórica va a privilegiar su identificación con el ser como es el presente caso.

## 5. DISCUSIONES

Con el caso descrito anteriormente, podemos observar que a pesar del tiempo y las diferencias de la sintomatología histérica de los tiempos de Freud con respecto a los síntomas que hoy en día manifiestan las histéricas en la consulta médica y/o con el psicólogo tienen la misma estructura psíquica.

Es decir, cuando Freud establece en la histeria un predominio de la identificación, del mecanismo de la represión, de los síntomas corporales y del resurgimiento del conflicto edípico asociado al afecto fuente del conflicto. Deja en claro que el reprimir la reacción a algún suceso, o bien su incapacidad para responder, este afecto queda ligado al recuerdo generando formas de expresión corporal como bien lo menciona López (2011) al decir que el cuerpo le quita la palabra al sujeto.

En este estudio particular se puede constatar la teoría en la práctica, ya que la descripción del conflicto psíquico que presenta la paciente corresponde en mucho a lo descrito por los autores mencionados.

Esto se observa en todo el cuadro patológico que presenta en su forma de relacionarse consigo misma en el sentido de poner en el exterior la responsabilidad de lo que le pasa sea este su cuerpo como si estuviera separado, o bien en las personas que la rodean considerándolas incapaces y al

mismo tiempo les impide hacer las cosas por las cuales se queja y pelea con ellas por no hacerlas.

Es importante que después de las primeras entrevistas se establezca un diagnóstico provisional con el fin de orientar el tratamiento como lo recomienda Dor (2000) además de observar su etiología y diagnóstico diferencial tratando de establecer la correlación entre este y sus síntomas.

Gracias al diagnóstico podemos relacionar el elemento fálico que menciona Dor (1991) con la alineación de la estructura histérica, donde el goce de la mujer histérica viene a ser la omnipotencia fálica. Justamente por la falta del tener hace que la histérica se repliegue en su identificación con el "ser". En este caso se trata de la mujer histérica que intenta "hacerse el hombre".

## 5.1. CONCLUSIONES

- Con este estudio de caso me doy cuenta de la responsabilidad tan grande del analista en el conocimiento del dispositivo analítico y el manejo adecuado de sus herramientas metodológicas.
- Por lo revisado dentro del marco teórico es indispensable la pauta que da el diagnóstico en relación al tratamiento, los movimientos del paciente y su cura en el sentido de la rectificación subjetiva.
- Los eventos traumáticos vividos por la paciente marcaron su psique y su cuerpo en relación a la maternidad.
- Con lo revisado del caso en función de la teoría se puede establecer que el goce principal en la histeria es justamente de lo que se queja; tal cual lo constatan los diferentes autores (Freud, Lacan, Nasio, Dor principalmente) en su práctica teorizada.
- Es imposible cerrar el caso; sin embargo, al seguir la metodología, la guía supervisada y la lectura es posible encontrar el inconsciente, reestructurarlo para hacer más ligera la vida emocional de la paciente. Puesto que solo se trata de eso “el afecto” con su respectiva emoción, lo cual resulta bastante complejo y laborioso.

- En lo personal el choque teórico de una licenciatura de abordaje conductual seguida de una maestría de abordaje psicoanalítico me dejó con mucho por aprender y claro definitivamente también aprendí, aunque no fue nada fácil; sin embargo la apertura de todos los maestros psicoanalistas con quien tuve la fortuna de coincidir me brindaron y/o transmitieron además de su pasión por el psicoanálisis una perspectiva abierta de la psicología clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bleichmar, H. (1984). *Introducción al estudio de las perversiones. La teoría del Edipo en Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chemama, R y Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del Psicoanálisis* (2da. Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- Dor, J. (1987). *Estructura y Perversiones*. Buenos Aires: Gedisa
- Dor, J. (1991). *Estructuras Clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fenichel, O. (1966). *Teoría Psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. *Obras Completas* (3 tomos, 4ta. ed. 1981). Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1892) Freud, S. *Sobre la teoría del acceso histérico*. Obras completas, 4ta. Ed. 1981 Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1893) Freud, S. *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. Obras completas, tomo 1, 4ta. Ed. 1981 Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1895) Freud, S. *Psicoterapia de la histeria*. Obras completas, 4ta. Ed. 1981 Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1895) Freud, S. *Estudios sobre la histeria*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1896) Freud, S. *Nuevas observaciones sobre las neurosis de defensa*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1896) Freud, S. *La etiología de la histeria*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1896) Freud, S. *La herencia y la etiología de las neurosis*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1901) Freud, S. *Análisis Fragmentario de una histeria "Caso Dora"*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1903) Freud, S. *El método psicoanalítico de Freud*. Obras completas tomo 1, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.

- (1905) Freud, S. *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras completas tomo 2, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1905) Freud, S. *Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis*. Obras completas, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1908) Freud, S. *Generalidades sobre el ataque histérico*. Obras completas tomo 2, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1914) Freud, S. *Introducción al narcisismo*. Obras completas, 4ta. Ed. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- (1932) Freud, S. *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis* Obras completas, 4ta. Ed. 1981 Madrid España: Biblioteca Nueva.
- Greenson, R.R. (2012). *Técnica y práctica del psicoanálisis* (decimoquinta ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Laplanche, J y Pontalis, B. J. (1983). *Diccionario de psicoanálisis* (3ª. Ed). Barcelona: Editorial Labor.
- Leclaire, S. (1986). *Para una teoría del complejo de Edipo*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Lopez.R.M (2011) El cuerpo hablante de la histeria. Recuperado: noviembre 2014 de <http://letraslacanianas.com/> Revista de psicoanálisis de la comunidad de Madrid (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis)
- Mazzuca. R, Canonico. E, Esseiva. M y Mazzuca. S. (2008) Versiones Psicoanalíticas de la histeria. Recuperado: septiembre 2014 de <http://www.Scielo.or.ar/>
- Nasio, J.D. (1991). *El Dolor de la Histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). *Como Trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Saldias, P y Lora M.E.(2006). Síntoma conversivo en la histeria. Universidad Católica Boliviana. [www.ucb.bo/publicaciones/ajayu](http://www.ucb.bo/publicaciones/ajayu)
- Schmelkes, C. (2002). *Manual para la presentación de anteproyectos: México: Oxford University*.

Torres Guillén, J. (2009) *Manual para la elaboración de Tesis*. México: Instituto de filosofía.