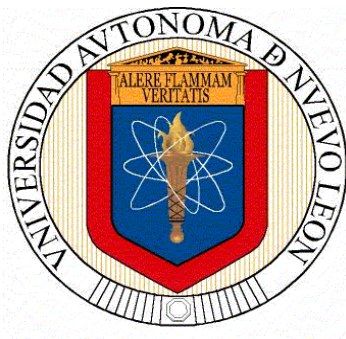


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**“ME GUSTA PERO NO ME QUIERE”: LA ELECCIÓN DE PAREJA  
EN UN CASO DE HISTERIA FEMENINA**

**PRESENTADA POR:  
JUAN FRANCISCO MUÑIZ APRESA**

**COMO REQUISITO PARCIAL OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

**NOVIEMBRE 2016**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**Título**

“Me gusta pero no me quiere”:

La elección de pareja en un caso de histeria femenina

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

**Presenta**

**Juan Francisco Muñoz Apresa**

Monterrey, NL

Noviembre 2016

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente al Dr. Guillermo Vanegas por la invitación que me hizo para realizar esta Maestría en Clínica Psicoanalítica y por su apoyo durante todos estos años.

A mi familia, en especial a mis padres Francisco Javier y Susana por creer en mí. A mis dos hermanos Carlos Alberto con quien he tenido la oportunidad de trabajar y aprender múltiples oficios y a José Miguel, quien me inculcó el hábito de la lectura desde muy temprana edad y quien me acompañó durante quince años por los caminos del periodismo; ambos me apoyaron también de manera incondicional en el transcurso de esta maestría para poder cumplir con los tiempos propios para realizar mis tareas, mis lecturas y prácticas dentro de la clínica de la USP en la Facultad de Psicología.

Quiero agradecer a mi psicoanalista Dr. Junípero Méndez quien en una sesión me dijo que ya era tiempo de que volviera a retomar mi camino dentro de la psicología.

También quiero agradecer a mis maestros de la licenciatura y de la maestría, en especial al Dr. Manuel Muñoz por su forma tan efectiva de enseñar y supervisar. Y a la doctora Angélica Limón quienes me apoyaron con su experiencia en la práctica psicoanalítica.

A mis amigos, colegas de la profesión y a mi Ninfa por todo lo vivido en este tiempo.

Gracias a Dios por todo lo que me ha permitido aprender en el camino.

## INDICE

<b>CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN.</b>	5
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Objetivo general.....	11
1.3 Objetivos específicos.....	11
1.4 Supuestos.....	11
1.5 Limitaciones y delimitaciones.....	11
1.6 Justificación.....	12
<b>CAPITULO 2. MARCO TEORÍCO</b>	13
2.1 INTRODUCCIÓN.....	13
2.2 CONTEXTO HISTÓRICO.....	13
2.3 DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO.....	15
Características de la histeria.....	16
2.4 EL MÉTODO PSICOANALÍTICO.....	21
Psicoanálisis.....	22
CONCEPTOS.....	23
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	26
2.5 ACTUALIZACIÓN CONCEPTUAL.....	27
<b>CAPITULO 3 METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO</b>	32
ELEMENTOS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO.....	37
3.1 MODELO DE INTERVENCIÓN.....	39
3.2 FORMAS DE INTERVENCIÓN.....	40
<b>CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN DEL CASO</b>	44
4.1 HISTORIA CLÍNICA.....	44
4.1.1 RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO.....	54
4.1.2 MOTIVO DE CONSULTA.....	56
4.1.3 DEMANDA DEL TRATAMIENTO.....	57

4.1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS.....	58
4.1.5 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	61
4.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA SUBJETIVA.....	62
4.2.1 CONTEXTO FAMILIAR.....	63
4.2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS.....	63
4.2.3 ESTRUCTURA EDÍPICA.....	64
4.2.4 EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	65
4.2.5 PERFIL SUBJETIVO.....	66
4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO.....	71
<b>CAPÍTULO 5 CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES.....</b>	<b>89</b>
5.1 SÍNTESES DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA.....	89
5.2 CONCLUSIONES.....	92
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## RESUMEN

El siguiente trabajo es un estudio clínico que trata sobre el trabajo realizado a una paciente mujer de 21 años. En este caso la persona presenta un cuadro de histeria y la labor aquí es de demostrar el trabajo realizado bajo la orientación del psicoanálisis.

Desde el inicio de las sesiones se recopiló información sobre la historia de la paciente contada por ella misma en varias sesiones en consulta individual. Con la información se fue desglosando todo aquello que influyó su demanda de tratamiento: la relación de objeto.

Con ayuda de la teoría existente de los estudios sobre la histeria expuestos por Sigmund Freud y otros investigadores de la materia fue como se le dio forma a este estudio clínico psicoanalítico.

Sin embargo, la labor de este trabajo ha sido demostrar que a través del psicoanálisis se puede realizar no sólo un análisis recopilatorio de datos precisos que indican la aparición de la histeria en la paciente, sino que también demuestran la labor de contención y ayuda que se le puede brindar a un sujeto que difícilmente entiende cómo interpretar lo que le angustia desde su inconsciente, lo que no comprende sobre su comportamiento, sus conductas sobre cómo ser mujer y encontrar un camino satisfactorio a la búsqueda de sus ideales como persona.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de este trabajo se hace lo posible por evidenciar la labor del psicoanálisis que se hizo con esta paciente. En el Capítulo 1 se aborda la teoría de la histeria de manera introductoria donde se puede advertir el camino de la histeria a través de los tiempos como un antecedente. Posteriormente en este mismo capítulo primero se proyecta el objetivo general del caso y sus objetivos específicos, en ellos se expone de manera directa los rasgos de la histeria que presenta el caso de la paciente que escogí para realizar este estudio clínico. En los supuestos específico cuáles fueron los conceptos de la estructura histérica que me permití abordar para darle una mejor orientación al estudio de caso sobre esta paciente. En las limitaciones y delimitaciones del estudio se especifican las condiciones de trabajo en lugar, tiempo y forma con esta paciente; sus pros y sus contras para dejar en claro el desempeño del trabajo analítico. Por último en la justificación aclaro porque fue pertinente realizar este estudio de caso clínico y además porque decidí tomar como base la teoría freudiana y postfreudiana para darle un mejor sentido de comprensión a este trabajo de estudio analítico.

El Capítulo 2 es un resumen amplio sobre la historia de la histeria como preámbulo de este estudio de caso. Contiene un contexto histórico para comprender el camino y la descripción del concepto apoyado en la teoría de Sigmund Freud y sus estudios del trabajo analítico como método de trabajo con pacientes que presentan un cuadro de histeria. Se describe la histeria en sí y se explican a detalle los conceptos principales que la conforman. En los fundamentos teóricos se incluye y se complementa otra serie de conceptos que vislumbran el camino del trabajo analítico ante la histeria. Apreciación y descripción de otros rasgos importantes y demás conceptos teóricos específicos propios de la estructura histérica a destacar como una guía propiamente para beneficio del trabajo del analista ante su paciente.

El Capítulo 3 trata sobre la metodología y procedimiento donde se ve lo que sí y lo que no puede permitirse hacer un analista ante su paciente. Contiene una serie de conceptos teóricos básicos del qué hacer psicoanalítico y su forma de trabajo frente al

paciente, el método de estudio del caso clínico y la recopilación de datos de interés del analista investigador sobre un paciente.

En el Capítulo 4 de este estudio trata acerca de la presentación del caso, se incluyen los datos generales del paciente y su historia clínica, rasgos de la personalidad, su familia y demás círculos sociales. Sobre el medio en que la paciente habita y se mueve como complemento de su ambiente social y la descripción general del contexto que despliega la formación del brote histérico. Se hace una descripción de los síntomas que presenta la paciente y se demuestra en forma secuenciada la dinámica de su tratamiento desde la perspectiva psicoanalítica. Se agrega un análisis claro de la estructura de la paciente, eventos traumáticos y la interacción con el analista para darle una mejor descripción al estudio de caso. Con todos los datos recopilados por parte del analista se realiza la construcción del caso en sí y es en este capítulo donde se trata de hacer un desglose detallado de los objetivos principales a abordar por el analista para especificar el objetivo general que llevo a la realización de un estudio de caso clínico.

Por último en el Capítulo 5 se lleva a cabo las conclusiones y discusiones específicas del estudio del caso donde se realiza una síntesis de la intervención clínica; su modo de trabajo analítico y la detección oportuna de los síntomas que presentó la paciente, sus avances y los beneficios que le trajo a la paciente haber tomado la decisión de concluir su trabajo analítico. En las conclusiones se detalla el beneficio de haber podido apoyar este estudio de caso en base a la teoría freudiana y postfreudiana para complementar la comprensión y explicación de mi aprendizaje como analista de este estudio de caso clínico.



## ANTECEDENTES

La histeria es un trastorno que afecta principalmente la mente de una persona. Desde el inicio de los tiempos vemos que el trabajo con la mente humana ha sido constante pero a la vez ignorado por muchos. La histeria ha evolucionado igual que el hombre. Las condiciones de su tratamiento siguen siendo las mismas desde que Freud se dedicó a desglosar los síntomas que la abordaban.

La forma de tratar esta enfermedad sigue el mismo patrón legado por Freud y Breuer, sólo que en la era actual pareciera ser que la sociedad se resiste más en otorgar credibilidad a la cura psicoanalítica porque ignoran los beneficios al desconocer la labor del método. El fin psicológico es el mismo que el de años atrás, los métodos en que se aplica el trabajo analítico no han tenido un mayor cambio porque son efectivos.

Con el paso de los siglos la histeria ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Es un hecho real que esta alteración mental ha existido y se mantiene vigente, evoluciona tanto como lo ha hecho la historia de la humanidad.

Las histéricas de la época medieval tuvieron su peor momento en este periodo porque eran acusadas de adoradoras del Diablo o hechiceras por la forma en que presentaban los síntomas histéricos, muchas fueron quemadas vivas en la hoguera.

En la recta final de ese periodo y a lo largo del Renacimiento las histéricas fueron mejor tratadas que en periodos anteriores, pues eran liberadas de su malestar a través de una prescripción médica que consistía en dar masaje a todo el cuerpo por alguien digno de confianza.

Para el siglo XVII Hofman también escribió sobre la histeria. Durante 1769 fue que el médico escocés William Cullen pone sobre la mesa médica la palabra ‘neurosis’ para definir las enfermedades de corte nervioso.

Philippe Pinel desglosó las ideas de Cullen y en su “Nosografía Filosófica” divide la aparición de enfermedades neurológicas, unas de orden físico y otras de orden moral: las que enferman el espíritu. En ese tiempo Pinel aseguraba que la mujer era más frágil que el hombre ante una enfermedad mental. Además utilizaba como parte de su filosofía argumentos que sostenían que la mujer no tenía mucho por hacer ante una emoción ligera ya que esto le podía provocar una convulsión violenta, asegurando que la sexualidad jugaba un papel determinante en la aparición de síntomas nerviosos.

En el siglo XVIII la histeria tuvo lugar en el conocimiento de la sociedad común cuando se vivió una revolución de la sexualidad a través de las costumbres y de la moral de la sociedad. La aparición de textos eróticos donde la sexualidad era abordada con mayor libertad por escritores y filósofos de la época, como fue el caso de los cuentos eróticos realizados por el francés Donatien Alphonse François de Sade (Marqués de Sade) que permitieron con su obra que se abriera la mente social y se familiarizaran con los términos sexuales y el uso del lenguaje explícito, que referían las partes íntimas por su nombre, lo que anteriormente había permanecido oculto y prohibido de mencionar y que significaría la evolución de la sexualidad que resulta ser la base del estudio de la histeria para el psicoanálisis en lo futuro.

El despertar de la sexualidad y la moral hicieron de las histéricas un objeto de estudio que llamó la atención de los médicos interesados para solventar esta enfermedad con métodos cada vez menos severos.

Al ponerle nombre a las afectaciones orientadas a la sexualidad reprimida ayudó a la medicina a comprender que se padecía una enfermedad que tenía relación directa con la sexualidad. La evolución de la histeria como enfermedad fue lo que le permitió ser atendida con mayor seriedad.

Otra prueba de esta evolución y que amplifico el conocimiento científico creció con la obra del filósofo alemán Federico Nietzsche, quien fuera considerado el precursor del psicoanálisis al sustentar su moral en la voluntad del poder a través de sus escritos.

La técnica del psicoanálisis aparece en la etapa final del siglo XIX, a través de los estudios con pacientes histéricas. Principalmente, lo más cercano al método terapéutico fue aplicado por primera vez en 1882 por el doctor austriaco Joseph Breuer.

Con el mismo método el doctor Sigmund Freud, originario de Freiberg, Moravia, o lo que es hoy la República Checa, se afianzó en el trabajo de Breuer y llegó a modificarlo al grado de llamarlo solamente psicoanálisis. Freud tuvo que atravesar por prácticas como la hipnosis, la censura de sus colegas médicos y abandonar al mismo Joseph Breuer para poder llegar al uso del método psicoanalítico.

Ampliando un poco más, antes de que Breuer y Freud decidieran tomar las riendas sobre el estudio de la histeria ya habían tenido un acercamiento con pacientes que presentaban este padecimiento. Entre 1885-1886 ambos tuvieron como maestro al neurólogo francés J.M. Charcot que se especializó en tratar a las pacientes de la Salpêtrière, una clínica parisina donde había un número amplio de enfermas nerviosas crónicas con las que no sería complicado trabajar a través de la hipnosis y la sugestión.

El trabajo de Charcot fue un parteaguas en el tratado de la histeria, pues ya antes él había abordado estudios sobre los distintos estados patológicos de la mente.

Sin embargo, para Sigmund Freud, los estudios y el método terapéutico de la hipnosis utilizado por Charcot lo convencieron, en un primer momento (1892-1893) que era el camino a seguir; más tarde se daría cuenta de que esto no sería así. Freud intenta utilizar el mismo método hipnótico pero sin obtener los resultados esperados, él mismo aseguraba que jamás dominó por completo la técnica de la hipnosis y se otorgaba un promedio bajo de dominar la técnica al nivel de como lo hacían en la clínica de Bernheim en ese tiempo.

En un principio Freud notaba que con el método de la hipnosis, las pacientes podían ser solventadas de sus 'dolencias' pero de manera momentánea, pues al cabo de un tiempo volvían a recaer en las sensaciones traumáticas. El método sugestivo no

superaba el trauma. Además Freud se sentía fatigado de oír a la orden de “*Duerma usted*” la respuesta: “*No me duermo doctor*”, que contestaban sus pacientes. Para 1895 la hipnosis es abandonada por Freud para dar paso a la “concentración”. Para lograrlo ordenaba al paciente tenderse sobre un diván y cerrar los ojos. Él creía firmemente que con este método, se alcanzaba un grado profundo de hipnosis. Con su uso Freud aseguraba tener mejores resultados que con la hipnosis.

Hoy en día las pacientes con histeria siguen siendo tratadas en el método tradicional del psicoanálisis y el uso del diván acostumbrado por Freud.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores subjetivos en la elección de objeto en un caso de histeria femenina.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la estructuración edípica y sus consecuencias subjetivas en la elección de pareja en una histeria femenina.
- Analizar los rasgos estructurales y sus manifestaciones clínicas en un caso de histeria femenina.
- Analizar los avatares de la transferencia y su repetición en la elección de objeto.

## **SUPUESTOS**

- La influencia de la relación edípica en la elección de objeto es fundamental en la histeria.
- La insatisfacción juega su papel en base a la carencia determinada por su identificación con la figura materna.
- El deseo insatisfecho influye en la relación subjetiva de la histeria.

## **LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

Las condiciones en las que se brinda este análisis frente a frente hacen posible que se observe el lenguaje corporal y visualizar huellas de los síntomas de la paciente. Ofrecer un tratamiento analítico en un espacio que brinde confort al paciente sería de gran estímulo para el desarrollo de las sesiones.

Para beneficio del análisis sería oportuno que los pacientes debieran ser recibidos con un trato más confortable desde su llegada a la recepción, pues en el espacio institucional se debería comprender que un trabajo psicoanalítico requiere del tacto y la

confortabilidad del paciente, pues es quien se enfrenta a un mundo enigmático al llegar desde la primera vez a un lugar que inquieta por el simple hecho de saber que ahí serán atendidas sus demandas.

## **JUSTIFICACIÓN**

Este caso clínico aborda el trabajo psicoanalítico que se hizo sobre una paciente histérica en el cual aparecen rasgos estructurales de la personalidad que han sido descritos por la teoría existente sobre la histeria. En todo esto podemos ver el papel que juegan algunas acciones que influyen en la personalidad y el desarrollo del carácter que mueven a esta paciente en el entorno histérico.

Encontrar cuáles serían las razones por las que la paciente sufre y cómo aprende es tarea del psicoanálisis mismo. Con ayuda de la técnica esta paciente modificó actos y conductas que le impedían moverse de un lugar que la sometía y que le impedía conseguir el goce y reconocer sus deseos.

Se dio forma al desarrollo de este caso clínico con el apoyo de la teoría del doctor Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, y además se encontró un perfecto desglose de la misma teoría freudiana a través del autor francés Jöel Dor con quien sentí pertinente complementar la teoría sobre la histeria expuesta en la nueva era, la importancia de usar la teoría de estos autores fue para comprobar de forma concreta la detección de los rasgos de la estructura histérica y de personalidad presentados en esta paciente, además de explicar a profundidad el caso presentado aquí.

## MARCO TEÓRICO

La temática a tratar en este trabajo es la histeria. También es importante abordar la génesis de su historia de manera general y sintetizada para conocer cuáles son los elementos que la componen, quiénes la pueden padecer y por qué, saber cómo se fueron descubriendo los compuestos que forman la estructura de la histeria.

Se integran en este trabajo teórico aquellos conceptos que le van dando forma a esta neurosis refiriendo específicamente a los conceptos teóricos que me permitan estructurar un panorama de aquellos síntomas que son presentados por la paciente de este caso clínico. La función psicoanalítica como tratamiento ante la histeria tuvo oportunidad de reconocer el origen de las dolencias de la paciente, saber un poco más de su historia de vida y así poder elaborar un análisis que le permitió modificar su conducta y la toma de decisiones para poder sentirse mejor.

Los primeros estudios sobre la histeria se remontan hacia el siglo II de la era después de Cristo. Su paso por la historia indica desde el principio que se trata de un padecimiento que afecta la mente y modifica su desarrollo personal dando lugar a la aparición de manifestaciones físicas de quienes presentan histeria.

Desde el inicio en que surge el término *Hysterion*= Utero en latín, se distingue que la histeria es un trastorno que tiene una relación directa con la sexualidad del sujeto que la padece.

En el periodo barroco las portadoras de la histeria eran “fenómenos” de la naturaleza y la mayoría de las veces fueron tratadas como adoradoras del diablo. Muchas murieron en la hoguera antes que ser tratadas por la medicina.

Para la época del Renacimiento los médicos se interesaron más en tratar estos padecimientos y la histeria fue aceptada como enfermedad y no como posesión, sin

embargo, al camino de la histeria le faltaba un largo recorrido para ser desmenuzada a profundidad dentro del área médica.

En la recta final del siglo XIX, Jean Martin Charcot, revolucionó en su época el tratado de la histeria, la cual paso a primer plano a través del método hipnótico. La habilidad de Charcot le permitió eliminar padecimientos sintomáticos en las histéricas de la Salpetriere a través de la sugestión y la hipnosis.

Sigmund Freud y Joseph Breuer supieron de la revolución que estaba causando Charcot y su método para tratar el fenómeno histérico y no dudaron en acudir a él y aprender más sobre los métodos curativos que ofrecía la hipnosis.

De los dos médicos referidos, Breuer se mostró más diestro para ejecutar la hipnosis y empezó a trabajar con pacientes histéricas encontrando, junto con Sigmund Freud, los principales rasgos característicos que presentaba la enfermedad.

Freud no lograba del todo dominar la técnica de la hipnosis y por su parte desarrolló el método psicoanalítico que le permitió, a través de la libre asociación, que sus pacientes se tendieran en un diván y comenzarán a hablar, mientras Freud dirigía la sesión de consulta, que resultó más eficiente.

Fue Breuer, que en cierta ocasión atendía a una de sus pacientes histéricas, Bertha Pappenheim (Anna O) quien al tratarla de hipnotizar, ésta lo obligó a abandonar el método hipnótico y le pidió que en lugar de hipnotizarla la escuchara, así es como nace el método psicoterápico. Con este método Freud descubrió que al dejar hablar a la paciente, las ideas sobre su discurso le daban lugar a la sintomatología que le hacía padecer la histeria y comprender mejor la formación de esta enfermedad. Freud modifica el método de Breuer y de esta manera es que surge el psicoanálisis, a partir de un caso de histeria.



Para comprender mejor la histeria es necesario mencionar el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos dado a conocer por Freud y Breuer en 1893. En este trabajo se menciona que en la histeria “traumática” no hay duda alguna que es un “accidente” lo que ha provocado el síndrome.

Freud explica lo siguiente:

*“En las manifestaciones de los enfermos de ataques histéricos es posible deducir que en todos y cada uno de sus ataques vive de nuevo por alucinación aquel mismo proceso que provocó el primero que padecieron”.*

Freud se refiere a que el sujeto histérico desarrolla esta enfermedad al tratar de mantener reprimida una representación intolerable para él. En 1896 en su ensayo sobre *Las Neuropsicosis de Defensa* Freud asegura que hay más casos de histeria en mujeres que en hombres.

Se presentan así, en el sujeto factores causales, neuralgias y anestias de formas muy distintas que en algunos casos persistieron a través de años enteros a manera de: contracturas y parálisis; ataques histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas; *petit mal* y tics; vómitos persistentes y anorexia, perturbaciones de la visión y alucinaciones.

Pero ¿qué es lo que origina la histeria en un sujeto?

Tal como lo menciona Freud:

*“Con ayuda del análisis descubrimos que en todo caso, y cualquiera que sea el síntoma que tenemos como punto de partida, llegamos al terreno de la vida sexual”.*

En la neurosis estudiada a fondo por Freud el síntoma se desarrolla a partir de un suceso sexual que el individuo sufre en sus primeros años de infancia arrastrándolo con él durante toda su vida, y que se mantiene vivo y oculto en el inconsciente del sujeto.

En este mismo periodo confirma que la histeria surge por un abuso sexual sin consentimiento ni seducción por parte de un adulto al sujeto en su etapa de vida presexual. Este evento lo marca y su deseo de mantenerlo oculto y reprimido da lugar a que se desarrollen y se presenten rasgos distintivos de la histeria: angustia, miedo, repugnancia, dolor en ciertas partes del cuerpo, afectaciones orgánicas y la incapacidad para disfrutar de su sexualidad en lo futuro.

En una neurosis traumática como la histeria, la verdadera causa de la enfermedad no es una lesión corporal, sino más bien, el sobresalto, o sea, el trauma psíquico. Con esto se podría explicar que el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continua ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él.

Freud refiere lo siguiente:

*“Los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto”.*

Existen en el sujeto recuerdos tan pretéritos que pueden actuar con gran intensidad, es decir, los que le dejan huella; a diferencia de otros tantos que son borrados, intrascendentes. La debilitación o pérdida de afecto de un recuerdo depende de varios factores, pero sobre todo, de que el sujeto *reaccione o no enérgicamente* al suceso estimulante.

Algún tipo de reacción se refiere a la serie de reflejos, voluntarios e involuntarios – desde el llanto, hasta el acto de venganza–, a través de los que se descargan los afectos, como bien se sabe. Cuando esta reacción sobreviene con intensidad suficiente, desaparece con ella gran parte del afecto. En cambio, si se reprime la reacción, queda el afecto ligado al recuerdo.

En 1893 Freud explica que un paciente puede combatir al trauma y alcanzar un efecto “catártico” con el uso de la venganza; sin embargo, expone que con el uso de la palabra, el hombre puede auxiliarse y “descarga por reacción” (*Abreagiert*) el afecto. En otros casos es la palabra misma el reflejo adecuado a título de lamentación o de alivio del peso de un secreto a manera de confesión.

El recuerdo de una ofensa castigada, aunque sólo fuese con palabras, es muy distinto de otra que hubo de ser tolerada sin protesta.

La causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia. El sujeto histérico padece principalmente de reminiscencias (recuerdos).

La “descarga por reacción” no es el único medio que dispone el mecanismo psíquico normal del sujeto sano para anular los afectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra también en el gran complejo de la asociación y es corregido por otras representaciones. El recuerdo de una ofensa no castigada es corregido por la rectificación de los hechos, por reflexiones de la propia dignidad, y el hombre normal logra así, la desaparición del afecto por medio de funciones de la asociación.

Puede también existir en el sujeto una debilitación general de las impresiones a través de los “olvidos”, con lo que desgasta, ante todo, las representaciones, carentes de afecto.

Freud descubrió también otras dos series de condiciones en las cuales no ha existido reacción alguna al trauma:

*“Descubrimos en el primer grupo aquellos casos en los que los enfermos no han reaccionado a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción, se trata de cosas que el enfermo quería olvidar, por lo que las inhibía o suprimía encontrándose luego tales sucesos penosos a través de la hipnosis. La*

*segunda serie es la que trata de los estados psíquicos en los que coinciden en el sujeto sucesos correspondientes que aparecen en la hipnosis. Se trata de representaciones carentes de importancia que se conservan a la circunstancia de haber surgido en graves afectos paralizantes (Ejemplo: el sobresalto), o directamente en estados psíquicos anormales como el estado semihipnótico del ensueño diurno”.*

En la histeria encontramos un estado anormal de la conciencia lo que Freud denominó estados hipnoides.

La “hipnosis es una histeria artificial”, con esto se expone que la existencia de estados hipnoides es base y condición de la histeria, coincide esto con la hipnosis en la circunstancia de que las representaciones en ellos emergentes son muy intensas, pero se hallan excluidas del comercio asociativo con el restante contenido de la conciencia.

El sujeto puede también padecer de ataques histéricos. Se podría repetir casi las mismas observaciones que se dedicaron a los síntomas histéricos duraderos. Charcot dejó un legado acerca del “gran” ataque histérico, donde el ataque completo muestra cuatro fases: primera, la epileptoide; segunda, la de los grandes movimientos; tercera, la de las actitudes pasionales (la fase alucinatoria), y cuarta, la del delirio final.

Dentro de la histeria que más le interesó a Freud centrar su trabajo con pacientes histéricos se basa en la tercera, la de las actitudes pasionales. En los casos en que esta fase aparece con suficiente intensidad entraña la reproducción alucinatoria de un recuerdo importante para la explosión de la histeria; estos es, del recuerdo del único gran trauma de la llamada histeria traumática o de una serie de traumas parciales conexos, tales como los que constituyen el fundamento de la histeria común.

La provocación del ataque histérico puede resultar de la excitación de una zona histerógena o de un nuevo suceso análogo al patógeno. También es un intento de reacción por la vía del recuerdo o el retorno del recuerdo. Este recuerdo siempre es uno y el mismo.

El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico no es un recuerdo cualquiera, sino que es el retorno de aquella vivencia que causó el desencadenamiento de la histeria, o sea el trauma psíquico. Este recuerdo que forma el ataque histérico es un recuerdo inconsciente que pertenece al estado segundo de conciencia que toda histeria presenta en forma más o menos altamente organizada.

Es decir que para que se desarrolle un síntoma histérico es común que se haya cometido algún tipo de encuentro sexual en edades muy tempranas del sujeto, como lo mencionamos anteriormente.

La condición indispensable para la adquisición de la histeria es que entre el yo y una representación para él afluyente surja una relación de incompatibilidad.

Freud expone que la forma histérica de defensa consiste en la conversión de la excitación en una inervación somática, consiguiéndose así que la representación insoportable quede expulsada de la conciencia del yo, la cual acoge, en su lugar, la reminiscencia somática nacida por conversión, esta padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias.

De este modo, el mecanismo que crea la histeria constituye, por un lado, un acto de vacilación moral y, por otro, un dispositivo protector puesto al alcance del yo.

El verdadero momento traumático es aquel en el cual llega la contradicción al yo y decide éste el extrañamiento de la representación contradictoria, que no es, por este hecho, destruida, sino tan sólo impulsada a lo inconsciente.

En la *Etiología de la histeria*, Freud pone clínicamente al descubierto que alrededor de todos sus pacientes ha existido algún tipo de abuso sobre su sexualidad en sus primeros años de infancia y los agrupa en tres tipos diferentes:

- 1) Los que son víctimas de abuso por un conocido de la familia o algún familiar.

- 2) Los que son sometidos por gente que los cuida como alguna nana o institutriz.
- 3) Los que se dan a través de encuentros con hermanos o primos durante años.

La histeria en sí, aparece desde los primeros años de haber sufrido un encuentro sexual sin seducción, esto despunta a través de que el yo del sujeto ejerce un mecanismo de defensa en donde el intelecto y la moral aparecen ante él para reprimir el acto que produce satisfacción.

Para Freud las consecuencias psíquicas de tales relaciones infantiles son extraordinariamente ondas. Los dos protagonistas quedan unidos para toda su vida por un lazo invisible.

La fuerza determinante de las escenas infantiles se oculta a veces tanto, que un análisis superficial no logra descubrirla. La tarea del psicoanálisis es precisamente llevar al sujeto a conocer en la conciencia que este suceso inconsciente es lo que le motiva su padecimiento, sin embargo, no es una tarea sencilla.

El análisis nos ha aportado el principio de que los síntomas histéricos son derivados de recuerdos inconscientemente activos.

Algunos de los principales síntomas que presenta la histeria según el estudio realizado por Breuer y Freud serían: deseo doloroso de orinar, dolor al defecar, trastornos de la actividad intestinal, espasmos laríngeos y vómitos, perturbaciones digestivas y repugnancia a los alimentos, parálisis, angustia, etcétera.

Para la producción de un síntoma histérico es necesario que exista una tendencia defensiva contra una representación penosa que ha de hallarse enlazada lógicamente y asociativamente con un recuerdo inconsciente. En la histeria existe la posibilidad de llegar al conocimiento de las causas etiológicas partiendo precisamente de los síntomas.

Breuer descubrió que los síntomas de la histeria derivan su determinación de ciertos sucesos de efecto traumático vividos por el enfermo y reproducidos como símbolos mnémicos en la vida anímica del mismo.

Freud afirma lo siguiente:

*“El principio de que los motivos de la enfermedad no existen al comienzo de la misma, y sólo secundariamente aparecen, no puede ya mantenerse. Hay en el enfermo neurótico motivos patológicos existentes antes de iniciarse la enfermedad y a los que ha de atribuirse cierta participación en la misma. El motivo que lleva a enfermar al sujeto es siempre el propósito de conquistar una ventaja”.*

Gracias al uso del método psicoanalítico se han podido determinar cuáles son las causas que la forman y existe una diversidad de características que se proyectan en el comportamiento del sujeto que padece de histeria.

En 1895 Sigmund Freud y Joseph Breuer publican el libro Estudios sobre la histeria, en el que comunicaban los hallazgos de Breuer e intentaban explicarlos por medio de la teoría de la catarsis. En base a esta, se explica que el síntoma histérico se originaría cuando la energía de un proceso mental es privada de su elaboración consciente y dirigida hacia la inervación somática (conversión).

El síntoma histérico sería así el sustituto de un acto psíquico omitido y la reminiscencia de la ocasión en que dicho acto debía de haberse producido. La curación se produciría entonces merced a la liberación del afecto desviado y a su descarga por una vía normal (abreacción).

Freud, que más tarde siguió con sus investigaciones en solitario, modificó su técnica, reemplazando la hipnosis por el método de la asociación libre. Creó luego el término psicoanálisis, que con el paso del tiempo llegó a adquirir dos significados:

- 1) Un método particular para tratar las afecciones neuróticas.

- 2) La ciencia de los procesos psíquicos inconscientes, que también se ha denominado acertadamente psicología profunda.

El psicoanálisis conquista cada vez más adeptos como método terapéutico, debido a que otorga a los pacientes un beneficio mucho mayor que ninguna otra forma de tratamiento. Su principal sector de aplicación es el de las neurosis más leves, como la histeria, los estados obsesivos y las fobias; permite la mejoría y la curación en las deformaciones del carácter y en las inhibiciones y desviaciones sexuales.

Los resultados terapéuticos del psicoanálisis se fundan en la sustitución de actos psíquicos inconscientes por otros conscientes, y su alcance llega hasta donde se extiende la injerencia de este proceso en la enfermedad a tratar.

### **Psicoanálisis**

El psicoanálisis, en su carácter de psicología profunda, considera la vida psíquica desde tres puntos de vista: el dinámico, el económico y el topográfico. El punto de vista dinámico deriva todos los procesos psíquicos –salvo la recepción de estímulos exteriores– de un interjuego de fuerzas que se estimulan o se inhiben mutuamente, que se combinan entre sí, que establecen transacciones las unas con las otras, etc. Todas estas fuerzas tienen originalmente el carácter de instintos, o sea, que son de origen orgánico; se caracterizan por poseer una inmensa capacidad de persistencia (**somática**) y una reserva de poderío (**compulsión a la repetición**); finalmente halla su representación psíquica en imágenes o ideas afectivamente cargadas (catexias).

Existen en el análisis empírico dos tipos de instintos: los denominados instintos del yo, cuyo fin es la autoconservación, y los instintos objetales, que conciernen a la relación con los objetos exteriores. La especulación teórica permite suponer la existencia de dos instintos fundamentales que yacerían ocultos tras los instintos yoicos y objetales manifiestos, a saber: a) el Eros, instinto tendiente a la unión cada vez más



amplia, y b) el instinto de destrucción, conducente a la disolución de todo lo viviente. La manifestación energética del Eros se llama en psicoanálisis libido.

En el caso de la neurosis Freud habla de: histeria, neurosis obsesiva y fobias, aquí él asegura que el sujeto experimenta una conexión confortable con su madre desde el primer momento que le brinda el pecho para alimentarlo. El sujeto siendo un bebé siente el confort del pecho materno que además de alimentarlo le produce placer, principalmente en la zona bucal al hacer contacto con el pezón. Siente y reconoce que le es procurado el alimento y un confort que le produce placer, pues además es tocado y acariciado con voz dulce por la madre.

Para Freud el primer objeto de amor del niño no es la madre en sí, sino el pecho de la madre, al cual define como primer objeto de amor. Posterior a esto el niño convierte al primer objeto, el pecho, en un objeto único, un todo conformado por la madre a quien reconoce como de él. Esta creencia por parte del niño se verá truncada cuando llame con llanto a la madre y esta no siempre acuda. Sentirá después el deseo de ser él un objeto de deseo de su madre. De llamar su atención y sentirse querido y apreciado por ella a costa de lo que sea, pero la madre no siempre estará para este niño. Aquí surge la relación de amor-odio del niño por su madre, su deseo por agradarle a ella, de que lo prefiera a él, lo mimen y lo conforten, que lo froten y que lo estimulen. Estos deseos del niño permanecerán con tal intensidad hasta el momento en que descubre la existencia del padre.

El niño o niña disputará su lugar ante el padre, al grado de odiarlo, de desear dejarlo fuera, pues le estorba en su competencia de agradar a su madre. El niño que en lo futuro desarrollara histeria experimenta desde sus primeros meses de vida goce, alegría, deseo y satisfacción erotizada, además de angustias, miedos y odios.

En la dinámica edípica histérica el padre juega el papel de privador del placer, el desempeño de su papel como padre representa para el niño como un rival que le quita su objeto.

La niña prehistórica verá la figura del padre como aquel que le hace la ley a su madre. El poseedor de lo que a ella le falta, el falo. En lo futuro la relación edípica con el padre se solventa y ahora la niña aceptará que no puede tener el falo de su padre porque le pertenece a su madre, a quien verá como una figura de identidad al grado de buscar en sus relaciones afectivas figuras que le completen esa representación que le marcó de niña, hombres parecidos a su padre y ella siendo muy parecida a su madre como mujer no como madre.

Para la mujer histórica las cosas no son fáciles, con el paso del tiempo vivirá experiencias que le originarán desagrado, se someterá a estados de ánimo muy similares a los que llegó a experimentar en el inicio de su vida, en la infancia. Ansiedades severas, ataques de pánico, llanto y desolación, sentimiento de abandono, coraje y otros sentimientos más agradables como el placer, el deseo de algo o alguien a su lado, etcétera. Para llegar a conseguir todo lo bueno es necesario que sobrelleve las experiencias traumáticas y pueda ser feliz y funcional con su realidad.

**Principio del placer-displacer.** – Desde el punto de vista económico, el psicoanálisis admite que las representaciones psíquicas de los instintos están cargadas con determinadas cantidades de energía (**catexias**) y que el aparato psíquico tiene la tendencia de evitar todo estancamiento de estas energías, manteniendo lo más baja que sea posible la suma total de las excitaciones a las cuales está sometido. El curso de los procesos psíquicos es regulado automáticamente por el principio del placer-displacer, de manera tal que en una u otra forma el displacer aparece siempre vinculado con un aumento y el placer con una disminución.

El primitivo principio del placer experimenta una modificación determinada por la consideración con el mundo exterior (**principio de la realidad**), mediante la cual el aparato psíquico aprende a diferir las satisfacciones placenteras y a soportar transitoriamente las sensaciones displacenteras.

De acuerdo con las concepciones analíticas más recientes, el aparato mental está compuesto de un *ELLO*, que es el reservorio de los impulsos instintivos; de un *YO*, que es la porción más superficial del ello, modificada por la influencia del mundo exterior, y de un *SUPER YO*, desarrollado a partir del ello, que domina al yo y representa las inhibiciones de los instintos, características propias del ser humano.

La cualidad de la consciencia posee su referencia topográfica, pues los procesos del ello son todos inconscientes, mientras que la consciencia es la función de la capa más superficial del yo, destinada a la percepción del mundo exterior.

La primera tarea planteada al psicoanálisis fue la explicación de los trastornos neuróticos. La teoría analítica de las neurosis se apoya en tres pilares; son ellos las nociones de: 1) la represión, 2) la importancia de los instintos sexuales, 3) la transferencia.

- 1) **La censura.** – Existe en la mente una potencia que ejerce las funciones de censura, que excluye de la conciencia y de la influencia sobre la acción a cuantas tendencias le desagraden. Tales tendencias se califican entonces de reprimidas. Quedan inconscientes, y si se trata de tornarlas conscientes al sujeto, se despierta una resistencia.
- 2) **Los instintos sexuales.** – La represión más intensa recae sobre los instintos sexuales; en ellos la represión fracasa con mayor facilidad, de modo que los síntomas neuróticos aparecen como satisfacciones sustitutivas de la sexualidad reprimida.

Los instintos sexuales recorren una complicada evolución, y sólo a su término se alcanza la primacía de las zonas genitales. En el ínterin se establecen varias organizaciones pregenitales de la libido, a las que ésta puede quedar fijada y a las que retornará en caso de que se produzcan ulteriores represiones (**regresión**).

3) **La transferencia.** – Se designa así, a la notable peculiaridad que presentan los neuróticos de desarrollar hacia su médico vinculaciones emocionales, tanto afectuosas como hostiles, que no están fundadas en la respectiva situación real, sino que proceden de la relación parental (complejo de Edipo). La transferencia es la prueba de que tampoco el adulto ha logrado superar su antigua dependencia infantil. En el tratamiento coincide con la fuerza que se ha llamado **sugestión**; sólo su correcto manejo, que el médico ha de aprender, permite inducir al paciente a superar sus resistencias internas y a abolir sus represiones. El tratamiento psicoanalítico se convierte así en una reeducación del adulto, en una corrección de la educación del niño.

En la vertiente estructural de la histeria también se puede poner de manifiesto la dimensión del desafío. La transgresión está sustentada por una penetrante interrogación referida a la dimensión de la identificación a través de la apuesta de la lógica fálica y su corolario, relativo a la identidad sexual.

En la historia, el significante de la castración está simbolizado. El precio de la pérdida que hay que pagar por esa simbolización se manifiesta esencialmente en el registro de la lógica fálica.

Es afecto a la dimensión del semblante, con él entra en el desafío y lo sostiene. Este desafío está inscripto en una técnica de reivindicación fálica.

Ejemplo: “Sin mí no serás nada”.

### **Estructura histérica y lógica fálica**

Se fija en torno a la problemática del tener y su correlato no tenerlo. Esto es un acontecimiento general de la dialéctica edípica. Es una dimensión que interviene en el horizonte de todos los procesos de organización psíquica.

Jöel Dor explica la postura del histérico de la siguiente manera:

*“Este pasaje del ser al tener está determinado por la intrusión paterna. El padre imaginario se manifiesta interviniendo como el padre privador-frustrador. Porque el padre es reconocido por la madre como aquel que le hace la ley (Lacan). Este padre conduce inevitablemente al niño hacia el registro de la castración. Con esto el niño descubre que él no sólo no es el falo, sino 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 así a su plena función de padre simbólico, tanto más cuanto la madre reconoce la palabra del padre como la única susceptible de movilizar su deseo. El niño no puede dejar de instituir al padre imaginario en el lugar donde es depositario del falo”.*

La propuesta de Jaques Lacan sobre la estructura histórica dice lo siguiente:

*“Para tenerlo, primero ha de haberse planteado que no se lo puede tener, hasta el punto de que esa posibilidad de ser castrado es esencial en la asunción del hecho de tener el falo. Ese es el paso que se debe dar; ahí debe intervenir, en algún momento, eficazmente, realmente, efectivamente, el padre”.*

Y a continuación agrega:

*“En la medida en que interviene (el padre) como el que tiene el falo y no como el que lo es, puede producirse ese algo que reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre, y ya no solamente como objeto del cual el padre la puede privar”.*

Por costumbre se dice que el histérico presenta una inclinación favorable a los síntomas de conversión. De la misma forma, la histeria se caracterizaría también por el predominio de la formación de síntomas fóbicos, las más de las veces conjugados con estados de angustia.

Existen tres tipos de histeria:

- 1) Histeria de conversión
- 2) Histeria de angustia

### 3) Histeria traumática

La intervención terapéutica tendrá éxito si logra desmovilizar la economía neurótica del deseo, es decir, si incide en el nivel estructural más allá de las manifestaciones periféricas (síntomas).

La alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro, es uno de los elementos más constitutivos del funcionamiento de la estructura histérica. La problemática del tener es lo que representa el epicentro de la cuestión del deseo histérico. El objeto del deseo edípico, el falo, es aquello de lo cual el histérico se siente injustamente privado, no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino ante aquel que supuestamente lo tiene.

El otro sirve de soporte privilegiado a los mecanismos identificatorios.

*Ejemplo: “Una histérica se identifica gustosa con otra mujer si se supone que ésta conoce la respuesta al enigma del deseo”.*

Freud nos dice al respecto:

*“Aceptar no tenerlo es potencialmente poder identificarse con aquella que no lo tiene, pero que lo desea junto con aquel que supuestamente lo tiene”.*

#### **Identificación militante o Identificación de solidaridad**

La influencia y la sugestión operan siempre bajo el ejercicio conjunto de dos condiciones. Es preciso que el otro que sugiere haya sido investido de entrada por el histérico en un lugar privilegiado. Por otra parte es preciso que el histérico reconozca los medios para poder responder a lo que cree que ese otro espera de él.

El lugar privilegiado es el del Amo, siempre instituido como tal por el histérico, en el sentido de que supuestamente el Amo sabe lo que el histérico se esfuerza en desconocer acerca de la cuestión de su deseo.

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 esta frustración, el histérico se inviste como un objeto desvalorizado e incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal: el falo.

**Identidad del histérico.** Es siempre insatisfactoria, desfalleciente, parcial, respecto a una identidad plenamente realizada, ideal.

### **El deseo insatisfecho del histérico**

El histérico se encierra en una lógica psíquica irrefutable:

*“Para mantener su deseo, el sujeto se esfuerza en no darle jamás un objeto sustitutivo posible, a fin de que la insatisfacción resultante motorice cada vez más al deseo en esta aspiración hacia un ideal del ser”.*

En el histérico, todos sus esfuerzos se ponen al servicio de la identificación fálica.

El narcisismo fálico de los histéricos: Se inscribe comúnmente en el umbral de la problemática de la diferencia de sexos, con su punto culminante resolutorio en la aceptación de la castración. Desbarata la cuestión del tener, o sea, el encuentro inevitable con la falta.

La puesta en escena del histérico: Se trata sobre todo de ofrecerse a la mirada del Otro como encarnación del objeto ideal de su deseo. Para ello, el sujeto se identificará con este tanto por su cuerpo como por su palabra. Lo esencial para el histérico es aparecer como un “objeto brillante” que fascine al Otro (brillantez fálica).

Mientras el Otro corra tras un objeto semejante, el histérico podrá mantener el fantasma de su identificación fálica. Si el Otro se muestra más emprendedor en su deseo se expone a que lo dejen, pues el histérico tiene un gran manejo del “desplante”.

El afán de la perfección gira en torno a lo bello y lo femenino, es el ideal de la histeria por así decirlo; moviliza sin descanso a la mujer histérica quien se rinde a un sacrificio sin condiciones.

La preocupación por la belleza determinada por el ideal de perfección es siempre algo negativo.

Ejemplos: “*Soy fea*”, “*Mi cuerpo debería ser así*”, “*Soy demasiado aquello*”.

La exigencia de la belleza atormenta sin descanso a la histérica.

El discurso histérico.- Convierte el discurso del discurso del otro. Es decir, el discurso del histérico es un discurso prestado, no propio.

Además, la histérica se interesa siempre por una pareja imposible, quien la rechaza se vuelve más deseable; desea a la pareja ajena, la que tiene el Otro y no puede estar con ella.

La vacilación histérica.- Ensayo y error al escoger una pareja. Cuando lo tiene deja de desearlo y busca a otro, jamás verá su deseo satisfecho, porque desconoce qué es lo que desea, siempre habrá otro.



### CAPITULO 3

Los elementos del dispositivo psicoanalítico, se encuentran presentes en el trabajo con pacientes en la clínica psicoanalítica, los cuales son invariables, tales como: la **asociación libre**, método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar, durante la cura, todo lo que se le ocurre sin ninguna discriminación.

Se abre paso al uso de la **investigación cualitativa**, que tiene el fin de investigar un saber desde la perspectiva del investigador. Se requiere saber lo que la persona investigada piensa, siente, percibe, opina, defiende desde su estricto punto de vista sin ninguna interferencia por parte del investigador. Se pretende encontrar una postura del actor investigado para saber su postura social, política, psicológica, económica, etcétera en un marco de naturalidad donde los hechos se dan sin la contaminación de un cambio de escenario. El material usado en una investigación cualitativa es el discurso total de la persona, buscando la subjetividad en la práctica. El investigador encuentra al sujeto en entrevista no estructurada reconociendo los múltiples detalles que le parecen congruentes o incongruentes a través de su propio discurso.

El criterio que le distingue se reconoce como **estudio de caso**, cuando el interés del investigador recae en las características generales del sujeto, sin alterarlo, dejándolo fluir de manera tal que sólo a través de las intervenciones podrá acumular mayor información.

El paciente, en primera instancia, debe ser invitado a expresar todos sus pensamientos, ideas, imágenes, emociones, tal como se le presentan, sin selección, sin restricción, aunque el material le parezca incoherente, impertinente o desprovisto de interés (Freud, 1912).

La **atención libremente flotante**, es la contrapartida de la asociación libre propuesta al paciente. Freud formula esta técnica explícitamente así en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912):

*“No debemos otorgar una importancia particular a nada de lo que oímos y conviene que le prestemos a todo la misma atención flotante”* (p.111).

La atención flotante supone de parte del profesional, el alejamiento momentáneo de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes. Es importante saber que tanto el paciente como el analista se encuentran en un ambiente analítico donde el inconsciente impera.

La **neutralidad**, rasgo planteado históricamente como característico de la posición del analista en la cura, o incluso de su modo de intervención. Lo que es seguro es que el analista debe guardarse de querer orientar la vida de su paciente en función de sus propios valores.

El analista debe de estar alejado de dar consejos al paciente sobre cómo llevar su vida. También, un analista debe intentar ser neutral en cuanto a los dichos del paciente; es decir, debe escuchar atentamente el discurso del paciente. El analista en esa “atención flotante” de la que nos habla Freud, debe escuchar la enunciación, lo que el paciente dice sin decir, lo que corre por debajo de la línea de los dichos y los hechos que cuenta un paciente en la sesión.

En 1915 se refiere a la **regla de abstinencia**, al interrogarse sobre cuál debía ser la actitud del psicoanalista ante las manifestaciones de la transferencia amorosa. Precisó entonces que no se refiere sólo a la abstinencia física del analista ante la demanda amorosa de la paciente, sino a la que debe ser la actitud del analista para que en el analizante subsistan las necesidades y los deseos insatisfechos que constituyen el motor del análisis.

Es preciso que retome los primeros esbozos de la transferencia, sabemos que la sexualidad en la historia de la histeria es una sexualidad adulta, pero el enraizamiento infantil de la sexualidad, así como la idea de una comunidad psicosexual entre lo normal y lo patológico, desorientaron en gran medida a quienes Freud dirigía sus primeros descubrimientos. El mayor distanciamiento surgió, en el método de tratamiento, en la hipnosis, el hipnotizador se ve situado por el hipnotizado en el lugar del ideal del yo.

Es igualmente cierto en la transferencia psicoanalítica, con la diferencia de que para mantener la relación hipnótica es esencial que el hipnotizador no este afectado por esta ilusión de ser todopoderoso, pues no hay un verdadero análisis si no es al precio de una desvinculación de tal identificación.

Se abordó el presente estudio de caso, bajo los elementos del proceso psicoanalítico, donde la transferencia como un elemento en el cual los deseos inconscientes del paciente se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Freud, en la primera exposición de conjunto dedicada a la **transferencia** (1912), subraya que ésta va ligada a “prototipos”, imagos (principalmente la imagen del padre, pero también la de la madre, del hermano, etc.):

*“[...] el médico será insertado en una de las `series` psíquicas que el paciente tiene ya formadas”.*

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, especialmente la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación. En este sentido, Freud distingue dos transferencias: una positiva, otra negativa, una transferencia de sentimientos de ternura y otra de sentimientos hostiles.

Freud respecto de la transferencia nos dice que para que este fenómeno se instale tiene que existir neutralidad de parte del analista. En su texto *“La iniciación del*

*tratamiento*”, dice que no hay que mostrarse comprensivo y simpático con el paciente; ni tampoco actuar de guía moral, o como el representante de otro, hablar en nombre de otro...

Esta es una indicación técnica que vemos en Freud y retomamos con Lacan en su crítica a la escuela anglosajona fundamentalmente. Estos postfreudianos tomaron una parte de la obra de Freud y la hicieron bandera: el Yo es lo importante, entonces hay que agrandarlo, engrosarlo, fortalecerlo... Es casi como hacer existir la promesa de felicidad.

Lacan sostiene que jamás se podrá esperar de un analista la promesa de felicidad.

Así como la transferencia del paciente al psicoanalista, también existe la **contratransferencia**, sin embargo, parece que este lugar es definido esencialmente por Freud en términos negativos. La contratransferencia constituiría lo que, del lado del analista, podría venir a perturbar la cura.

La contratransferencia existe siempre: en el terapeuta surgen también impulsos y sentimientos hacia los consultantes, que se entrometen inevitablemente en su función de comprender e interpretar. A la transferencia del paciente, responde la contratransferencia del terapeuta, con sentimientos, con angustias, con defensas y con deseos. Es a través de ésta como percibimos y podemos comprender algunos sentimientos que el paciente experimenta a su vez hacia el terapeuta. El terapeuta, al poder aclarar a sí mismo el conjunto de sus reacciones inconscientes hacia el paciente y los elementos transferenciales del paciente es de vital importancia para su tratamiento. El hecho de no comprender el sentido de la contratransferencia, puede producir contraactuaciones y provocar un efecto perturbador en la terapia que dificulta la dinámica del proceso.

Freud en los *Consejos al médico en la técnica psicoanalítica* de 1912, mencionaba la incapacidad del analista de poder ver más allá de lo que se lo permitan sus propios complejos y resistencias.

Ante esta situación es necesario recomendar que el analista en formación acuda a una terapia personal como método complementario para su preparación.

Durante la cura psicoanalítica, se denomina **resistencia** a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.

Se trata de la energía psicológica que opone el sujeto a que ciertos contenidos inconscientes penosos o problemáticos se hagan conscientes. Sigmund Freud decía que a lo largo de un tratamiento mediante psicoanálisis, el psicoanalista tendrá que interpretar las diferentes resistencias que vayan surgiendo para hacerlas desaparecer.

De una forma más simple se podría definir la resistencia como: *“todo obstáculo que se oponga al tratamiento”*.

Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una “vejación psicológica” (Laplanche, 1967).

La idea de que los sueños, los lapsus y los actos fallidos, el conjunto de las formaciones del inconsciente, o incluso los síntomas, pueden interpretarse; la idea de que ocultan un sentido diferente de su sentido manifiesto, un sentido latente, constituye uno de los principales aportes de Freud al conocimiento del sujeto humano y uno de los modos de acción decisivos del analista en la cura.

La **interpretación** puede entenderse desde el diccionario en psicoanálisis de Laplanche (1967) como una deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto.

La interpretación como instrumento utilizable dentro del psicoanálisis, tiene su origen en la interpretación de los sueños, donde la función primordial, es realizar una lectura de los aspectos inconscientes del paciente, y de esta manera ir en busca del *insigth*, desde el hecho de hacer consciente lo inconsciente. La interpretación es pues entonces un instrumento que en principio tiene la finalidad de informar al paciente aspectos que él mismo desconoce de sí, por lo que sólo se puede interpretar al paciente, no puede interpretarse a familiares o partícipes de alguna circunstancia, estas son interpretaciones silvestres.

La interpretación debe ser veraz, desinteresada y pertinente. Debe ser veraz, pues de otra manera no informa; desinteresada, en tanto que si no fuera así podría ser una forma de persuasión o sugestión, pero de ninguna manera información; y pertinente, pues debe ser dada dentro de un contexto donde pueda ser operativa, y oportuna, es decir referida al material que en ese momento surge.

La interpretación, genera una resignificación y da al paciente la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento, lo que establece la operatividad de la interpretación, que sólo se logra al comunicarla al paciente. Si no se comunica no es una interpretación.

## ELEMENTOS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO

Es pertinente la iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica.

En un tratamiento de prueba de algunas semanas, o entrevistas preliminares, el analista percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el tratamiento, generando que el paciente enfrente al analista con una actitud transferencial ya hecha, y éste deberá descubrirla poco a poco, en vez de tener la oportunidad de observar desde su inicio el crecer y el devenir de la transferencia.

De ese modo el paciente mantendrá durante un lapso una ventaja que uno preferiría no concederle. Puntos importantes para el comienzo de la cura analítica son las estipulaciones sobre tiempo y dinero.

Con relación al **tiempo**, se le otorga desde el principio una determinada hora de sesión, cada paciente tiene cierta hora y permanece destinada a él aunque no la utilice (Freud, 1913).

Las **frecuencias**, se trabajan con los pacientes preferentemente dos veces por semana, con excepción del domingo y los días festivos. En casos benignos, o en continuaciones de tratamientos muy extensos, bastan tres sesiones por semana. La pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible.

El psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados, medio año o uno entero. Por eso un analista tiene el deber de revelarle ese estado al paciente antes que se decida en definitiva a iniciar el tratamiento.

Retomando a Freud en 1913, en su artículo sobre *Iniciación al tratamiento*, donde menciona: “*se podría comprometer a los pacientes a que perseveren cierto lapso en el*

*tratamiento; pueden interrumpir el tratamiento cuando quieran, pero no se oculta que una ruptura tras breve trabajo no arrojará ningún resultado, y es fácil que, como una operación incompleta, los deje en un estado insatisfactorio” (pag.131).*

El punto siguiente sobre el que se debe decidir al comienzo de una cura son los **honorarios** del analista. El analista no pone en entredicho que el dinero haya de considerarse en primer término como un medio de sustento, pero asevera que en la estima del dinero coparticipan interpretaciones sobre la sexualidad.

Se debe tratar el tema de los honorarios con naturalidad al igual que cualquier otro tema en sesión. Dejando claridad en el costo de las sesiones y el pago acordado al finalizar la sesión.

*El dinero*, según nos enseña la economía política, es lo que se llama un equivalente general; se puede cambiar por distintas especies de goce: puedo comprar comida, puedo comprar un cuadro, hasta puedo comprar un goce sexual, puedo intercambiarlo por otros goces que quedan como “x” para el analizante.

Pero en la medida en que el analizante paga con esa cuota de goce, queda claro que el analista no puede reclamarle con otro goce y que el sujeto está eximido de ofrecerse como objeto para el goce de su analista. Porque de eso es de lo que venimos sufriendo.

Cuando alguien acude a una demanda de análisis es porque en algún lugar de su fantasma está ofrecido como objeto, al goce de algún otro que forma parte de su fantasma. De eso sufre.

Entonces, el acto de pago sirve para anonadar la demanda de goce, y cualquier analista con experiencia sabe los desastres que se producen cuando el analista no es muy cuidadoso con esta cuestión del pago.

El analista puede, en ciertas circunstancias, disminuir sus honorarios, tener un abanico de honorarios según quien puede pagar más o menos, pero cuando eso no lo



hace cuidadosamente ni siguiendo el discurso del analizante, sino el de su propia neurosis en cuestiones no elaboradas como podrían ser sentimientos de culpa no resueltos, se produce un desastre.

La investigación cualitativa es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva; en general no permite un análisis estadístico; se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto. Por esto es muy importante la recopilación de datos durante las entrevistas con el paciente para no alterar el sentido de lo que se percibe por parte del investigador. El uso de las viñetas permite recordar al investigador toda una base de datos expuestos por parte del mismo paciente y que serán de un valor significativo para armar un estudio de caso a profundidad.

Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida; y analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; los investigadores deben eliminar o apartar sus prejuicios y creencias al realizar las anotaciones del material expuesto por parte del sujeto a investigar.

Las características de la metodología cualitativa que podemos señalar a modo de sinopsis son:

- Estos métodos se manifiestan en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad.
- Uso de procesos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias culturales, es decir, este método busca menos la generalización y se acerca más a la fenomenología y al interaccionismo simbólico.
- El papel del investigador en su trato intensivo con las personas involucradas en el proceso de investigación, para entenderlas.
- El investigador desarrolla o afirma las pautas y problemas centrales de su trabajo durante el mismo proceso de la investigación.

Dentro del proceso analítico existen las técnicas y estrategias de intervención las cuales son instrumentos que requieren previo a su aplicación que sean sustentados con base al propio discurso del paciente que es el que les da eficacia y sentido en la intervención clínica.

Algunas serían:

a) **Confrontación.** El terapeuta trata de hacer percibir a su paciente determinados aspectos de su conducta o palabras sobre las que el paciente no se ha percatado claramente. Se dirige a aspectos conscientes o muy próximos a la consciencia del paciente.

Es decir, la Confrontación es una intervención verbal, mediante la que el terapeuta describe algunas discrepancias o distorsiones que aparecen en los mensajes y/o conductas del paciente, mediante la descripción de la contradicción o incongruencia. Sus objetivos son identificar las descalificaciones que emite el paciente de manera habitual y explorar otras formas en que el paciente puede percibir una situación o concepción de sí mismo.

Debe describir y no juzgar o evaluar los mensajes o conductas del paciente. Nunca debe ser formulada como una inferencia vaga, sino que, conviene que incluya una conducta concreta. El momento para realizarla debe ser elegido cuidadosamente, teniendo en cuenta, el nivel de atención, de ansiedad, de deseo de cambio y de habilidad para escuchar del paciente, así como la confianza que demuestra tener en el terapeuta (cuanto mayor sea, más receptivo estará). El momento adecuado para confrontar es aquel en el que un paciente demuestra tener la capacidad necesaria para actuar efectivamente en relación con los contenidos confrontados. Cuando la confrontación se refiere a hechos muy complejos, debe enunciarse de forma escalonada.

Posibles reacciones de un paciente ante una confrontación: Negación o rechazo de la incongruencia a la que se enfrenta: verbalmente, desacreditando al terapeuta, etc.

Confusión: Si la confusión es auténtica, indica que la confrontación ha sido realizada de

forma incorrecta (especificación insuficiente). Falsa aceptación: Revela que el cliente no estaba suficientemente preparado. Aceptación auténtica: El paciente responde a la confrontación con un verdadero deseo de examinar y modificar su conducta.

b) **Señalamientos**. Intervención que tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en sus asociaciones, observe y sea capaz de brindar más información.

Un señalamiento es una forma de confrontar al paciente. También debe de buscarse el momento oportuno para que el paciente comprenda lo que le señala el analista. Es decir, traer al consciente del paciente lo que se le señala de su propio discurso para fortalecer su yo.

c) **Esclarecimiento**. La información del psicoterapeuta está destinada a poner en claro lo que el paciente ha dicho. En este la información le pertenece al paciente pero él no la puede captar.

Es importante buscar el momento oportuno para aclarar el sentido de su discurso, el analista debe ser claro y preciso a la hora de explicarle algún significado al paciente.

d) **Clarificación**. Pretende, definir mejor la comunicación del paciente. Aquí el terapeuta puede resumirle y sintetizar, transmitiendo al paciente lo esencial de lo que está comunicando. No introduce ninguna idea nueva, ni ningún sentimiento que el paciente no haya expresado de un modo u otro.

Es necesario que el analista utilice una forma de hablar clara y concreta para no cortar la inspiración al discurso del paciente, evitar que se inhiba, por lo mismo debe usar un tono suave y claro para una mejor comprensión por parte del paciente.

e) **Interpretación**. Es un proceso de deducción del sentido inconsciente existente en las manifestaciones verbales y comportamentales de un paciente. La comunicación de esta

deducción que se le brinda al paciente con miras a hacerle accesible ese sentido inconsciente (Laplanche y Pontalis).

Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Más exactamente, significa hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado. Esto por lo general requiere más de una intervención. El analista emplea su propio inconsciente, su empatía e intuición, así como sus conocimientos teóricos, para llegar a una interpretación. Al interpretar vamos más allá de lo directamente observable y atribuimos significado y causalidad a un fenómeno psicológico. Necesitamos ver las reacciones del paciente para poder determinar la validez que merece nuestra interpretación.

f) **Frecuencias**, se trabaja con la paciente los días viernes a las 14:00 pm, con excepción de los días festivos, vacaciones. Este tratamiento tuvo una duración de 1 año y 5 meses.

g) **Honorarios**, son cubiertos en cada una de las sesiones, pagando la cuota mínima, asignada por la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) de la facultad de Psicología, de la UANL.

## CAPÍTULO 4

### DATOS GENERALES

Caso Paty (seudónimo) (Inicia en agosto de 2014)

Edad: 21 años

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante universitaria

### HISTORIA CLÍNICA

Paty es una persona que se ve en apariencia tranquila, es de estatura mediana y complexión delgada, de piel blanca y cabello largo. Por lo general usa ropa discreta y poco maquillaje. Su timbre de voz es agudo y de volumen bajo. Durante las primeras sesiones esquiva su mirada hacia el techo y al piso, evitando hablar de frente. Por otro lado es de resaltar que desde los inicios mostró hacer uso de la reflexión. Habla en primera persona y no oculta las cosas desagradables que le han sucedido, pues en el fondo se ve que tiene un verdadero interés por saber lo que le sucede.

A continuación se presenta en forma detallada el contenido de este caso:

La paciente acude a solicitar atención terapéutica para ella a la Unidad de Servicios Psicológicos de la UANL, al inicio comenta que se ha sentido muy triste. A ella le sugirió una supervisora de la propedéutica que acudiera a llevar un análisis porque según la paciente se le detectó que los sentimientos afectivos la desbordaban en sus prácticas y varias veces la sorprendieron llorando. Desde el inicio de la primera sesión Paty refiere que siente que ama a un chico y que no sabe qué debe hacer porque primero fue su amigo y después se hicieron confidentes, más adelante pasaron a tener relaciones sexuales exponiendo que fue algo que sólo se dio. Su principal malestar lo manifiesta

cuando asegura que ella siente que ama a este joven de nombre Julio, pero como él tiene novia, le ofrece que si ella acepta pueden ser sólo amantes, eso la ha destrozado.

Más adelante Paty contó que ella pertenece a una familia que radica en las afueras del área metropolitana de Monterrey (municipio que se encuentra al norte de Nuevo León) en este lugar la paciente tiene a sus padres ambos de 50 años, su hermana de 19 años y un hermano menor de 14 años. La paciente es la hija mayor.

Sobre su madre comenta que además de ser maestra, ella es quien absorbe las responsabilidades administrativas, de disciplina y educación en la casa. De su padre habla poco, lo que se sabe sobre él es que se dedica al comercio de carbón mineral y casi siempre está ausente de la vida familiar por sus ocupaciones pues distribuye su mercancía en parte de Nuevo León y la frontera de EU.

La paciente y su hermana menor de 19 años residen en Monterrey en una casa de renta. Esta hermana estudia en la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL y tiene un novio que también es de su ciudad natal. Esta hermana es con quien la paciente comparte sus confidencias y a quien describe como “la voz de su conciencia”.

El hermano menor de la paciente tiene ahora 14 años y va a la secundaria. De él sólo refiere que es muy pequeño y que lo quiere mucho porque jamás da problemas y se ocupa de lo suyo con sus amigos.

Hace ocho años que Paty llegó de su ciudad natal para estudiar la segunda mitad de su educación preparatoria en Monterrey. Al inicio comenta y reconoce que una maestra de Química de su anterior preparatoria, era muy enérgica y la ponía muy nerviosa a ella. La paciente veía un gran parecido en la forma de ser de esta maestra y su madre, ella suponía que por lo fuerte del carácter y por ser ambas dedicadas a la educación docente. Después de tener un conflicto en acreditar la materia que esta maestra impartía, pide una solicitud para ser aceptada a mitad de sus estudios a una preparatoria en Monterrey, y después de varios trámites y de pedir el apoyo a su madre para dejarla hacer ese

movimiento, la transfieren a Monterrey donde consigue hospedaje momentáneo en casa de una tía, que es familiar política de su mamá. Posterior al primer año, la paciente busca con mayor calma una casa de renta donde tres años más tarde la alcanzaría su hermana menor para iniciar sus estudios universitarios.

Referente a sus amistades Paty reconoce que pertenece a un círculo estrecho de amigos en su ciudad natal. Sin embargo, ella destaca que su lugar de origen es tan pequeño que cualquier rumor es sabido por todos de manera inmediata lo que se ha vuelto una preocupación latente para ella debido a esta relación informal que sostiene con Julio desde hace un año. En el caso de esta paciente, una de sus mejores amigas es prima hermana del joven con quien ella ha vivenciado una difícil etapa de su vida y bajo esta razón da a entender que se siente en peligro de que su relación con Julio pueda ser detectada por todos, pues la supuesta amiga se ha entrometido en esta relación de manera directa para ayudarle a su primo Julio. La situación está caótica para ella aún más porque la madre de Paty conoce a todos sus amigos y ella teme que la madre llegue a saber la situación que vive con Julio, pues además de todo, la madre le había solicitado desde hace años que se alejara de este muchacho porque tenía malas referencias de él y de su familia. Al parecer el padre de Julio abandonó a la madre del muchacho porque vivían una situación de violencia. Este señor había sido diagnosticado con esquizofrenia. La madre de Paty le pidió que se alejara de esa amistad porque no sólo tenía malas referencias de la familia a la que pertenecía, sino porque durante un tiempo el padre de Julio sostuvo relaciones con una hermana de la madre de Paty que también fue víctima de maltrato físico por este sujeto quien recientemente falleció dejando a Julio en la horfandad.

De sus compañeros en la escuela Paty refiere que le da un poco de flojera convivir con ellos pues ella está muy apegada a la forma de ser de la gente de su ciudad. Menciona tener una mejor amiga, de nombre Rosy quien está en su salón de clases y es con quien procura quedar siempre juntas en los equipos de trabajo. En ocasiones también conviven fuera de las aulas y algunas veces acepta quedarse con ella por un par de días en fin de semana en Sabinas Hidalgo, NL.

La problemática principal de la paciente, es porque ella cree que la forma en que está sosteniendo relaciones sexuales ocasionales con Julio es algo que ella siente que no está bien hecho. Piensa que se traiciona a sí misma y también a la confianza de su familia y de sus amigos por aceptar ser la “otra”. Ella no comprende porque aceptó tener relaciones sexuales con Julio, si éste no le pidió antes de eso ser su novia. La paciente refiere que fue algo que “sólo sucedió”, sin que supiera ella cómo. Ella reconoce además que fue con Julio con quien inició su vida sexualmente activa desde hace un año atrás cuando este joven apareció de nuevo en su vida. Julio llevaba más de tres años que se alejó de la ciudad en que ambos nacieron y de pronto apareció de nuevo ante ella.

Julio anteriormente fue un muy buen amigo de la paciente desde que ambos estaban juntos en la secundaria, pero para los ojos de la mamá de la paciente este joven se veía igual de agresivo que su papá, aunque esto la paciente no lo veía igual. Paty refiere que al inicio sólo ella detectaba que Julio tenía un carácter dulce, era seguro de sí mismo, esta característica de su personalidad era lo que a ella le atraía más de él. Algo más que a ella le gustaba era la habilidad con que él hablaba de diversos temas, Paty se sentía identificada con la forma de pensar de él. Además ambos compartían gustos similares en películas y música. Hablaban de lo mismo sin dificultad y ambos se reían de las mismas cosas cuando estaban juntos. Cuando murió el padre de él fue que detonó un cambio repentino en el carácter de Julio. Él se alejó luego de la muerte del padre con quien tenía un gran apego, pero según la paciente, desde que regreso de nuevo a encontrárselo en su vida, él tenía un comportamiento extraño, ahora él era más audaz para tratar a la gente y empezó a tomar alcohol con mayor frecuencia con sus amigos.

Al principio de la segunda etapa de Paty y Julio, ella recuerda que él llegó por primera vez invitándola a salir a platicar. En ese comienzo él uso la influencia de la muerte del padre para seducir a Paty. Ella compadeció la figura vulnerable de Julio y haciendo a un lado la petición de su madre, le brindó de nuevo su amistad. Después de ese acto solidario es que ella reconoce que se da el momento de su primera relación íntima con Julio. Relata la paciente que esto sucedió precisamente luego de que él estuviera llorando en los brazos de Paty recordando la muerte de su padre. De manera inesperada él la besa a ella y la agarra tumbándola en el suelo en un paraje escondido en las afueras de su pueblo natal.



Por ese tiempo la paciente reconoce que tenía una relación con otro chico, pero asegura que con éste no tenía nada más que una linda amistad con él. Después de convivir algún tiempo la amistad con este joven se volvió noviazgo, aunque ella sostiene que con ese novio jamás hubo acercamientos sexuales. Salían con cierta frecuencia en los alrededores del municipio pero jamás hubo la intención de intimar con él.

Por lo contrario con Julio, la mamá y la hermana de la paciente siempre vieron con muy buenos ojos a ese antiguo novio de Paty, pero según ella, éste chico no le satisfacía mucho porque, lejos de que fuera un sujeto muy bien portado, no era guapo y era muy tranquilo y bueno, como ella lo refirió en su momento, nada qué ver con Julio.

Es a través del recuerdo de esa primera relación de la paciente que se detecta un indicador de la forma de ser de la paciente y de su búsqueda de objeto.

Paty luego de reencontrarse de nueva cuenta con Julio sentía que era muy desleal de su parte seguir la relación con su novio, no se sentía cómoda con esto y por esta razón decidió terminar su noviazgo, porque no le parecía jugar con los sentimientos de él y porque en el fondo de sus sentimiento ella sintió que Julio había regresado a su vida con el propósito de formar una relación. A lo largo de su tratamiento Paty reconoció que Julio sí le gustaba y termino por aceptar que desde siempre le interesó llegar a ser la mujer de Julio a pesar de la mala reputación.

Es precisamente esa mala reputación lo que distingue el deseo de la paciente en su búsqueda de objeto. Aquí vemos como la relación edípica, donde interviene una madre que lo prohíbe todo, que todo le restringe, ayuda precisamente en que esta paciente se interese cada vez más en figuras de apariencia audaz, peligrosa, de cuidado como lo es Julio. La relación de la paciente con el padre y la madre de ella tienen mucho en común en la vida actual de esta paciente a la hora de escoger pareja (relación de objeto). Lo que es lo mismo: Lo que para la madre es malo, para ella es deseable.

Sin embargo, la realidad fue otra para la paciente. Desde el inicio de tener relaciones sexuales con Julio ella le preguntó cuál sería su situación como pareja y él, luego de soltar una carcajada le confesó sin miramientos que ya tenía novia y que la quería mucho. Después de eso le dijo que sí ella quería podrían ser sólo amantes y que no podía hacer más que eso. Para la paciente esto fue algo difícil de aceptar, pues aunque para ella era un momento de goce también lo fue de experimentar una terrible sensación de desplazamiento, pues la situación con Julio llegó a representar lo que Paty no quiso hacerle sentir a su exnovio: ser desleal, jugar con los sentimientos de otra persona. Así que Julio no sólo juega con los sentimientos de la paciente sino que además la hace enfrentar un miedo a costa de su moral. Las creencias de Paty en el amor y la amistad se vieron derrumbadas con la figura de alguien que le produce placer. Este es el shock terrible de su vida.

Para Paty la situación que vive con Julio también fue difícil de reconocer pues jamás había sostenido relaciones sexuales con alguien, ella creyó que Julio la buscaba con un interés de conexión entre dos personas que se entienden bien, no obstante, su realidad está llena de desilusión pues nada de eso resultó como ella imaginaba. Paty siente que su relación de amistad con Julio se ha empezado a quebrantar y al parecer eso es lo que más le puede, pues ella lo veía como un “mejor amigo” al que se le comparte todo: confidencias, ideas, sueños; ahora desde que empezaron a tener relaciones sexuales, la paciente reconoce también que las pláticas entre ellos se han ido haciendo cada vez más vacías y cortas, ya no existe conexión en nada de lo que a ella le gustaba hacer con él. Julio ahora intercambio todo lo que era bueno para Paty, convirtiendo su experiencia sexual en un ritual displacentero que es siempre el mismo: “Ir por ella a escondidas de todos y tener relaciones sexuales sin compromiso, sin lugar a la intimidad”. Ella es utilizada como un objeto de dar placer y no como un sujeto que está ahí para compartir su deseo.

Con el paso de las sesiones Paty compartió también una experiencia que no reconoce si es importante o no. Ella recuerda que cuando tenía 7 años convivía mucho tiempo en casa de sus abuelos maternos, ahí los vecinos tenían un hijo de 16 años que en ese tiempo tenía la confianza de entrar y salir a la casa de los abuelos de Paty a cualquier hora. Éste joven, en ese tiempo empezó a besar y tocar a Paty a escondidas de todos.

Aún hoy esta paciente reconoce que jamás sintió que éste sujeto le hiciera ningún daño pues asegura que él siempre se portó bien con ella. Aunque al recordar que esta vivencia jamás se lo comentó a nadie, ella reflexiona que ahora que lo menciona por primera vez de alguna manera lo relaciona con la experiencia con Julio, aunque ella siente que Julio no sólo ha estado jugando con sus sentimientos, sino que además la ha utilizado. Paty siente que la propuesta de ser amantes no tiene nada que ver con la forma de ver a Julio como su “mejor amigo”. Existe para Paty una relación en ambas vivencias que batallara por comprender. También puedo decir que es algo que la mantiene en una constante incertidumbre porque en ambas situaciones estuvo en juego el placer de ella y la presencia simbólica de la figura de prohibición materna. El análisis le permitirá recordar que en aquella primera experiencia en su infancia, además de la seducción, hubo también una amenaza por parte del chico quien la obligo a mantener en silencio esa experiencia. La paciente se sintió obligada a guardar en su inconsciente esa primera experiencia, su pudor y el temor a la figura materna jugaron un papel significativo para desarrollar esa personalidad retraída que la obligan a actuar sumisa e inconforme ante alguna situación de temor hacia su intimidad y ante las figuras de autoridad.

Relación con los padres. Durante las primeras sesiones Paty recordó que su madre ha sido por siempre la persona encargada de inculcar la disciplina de la casa. Por su vocación como maestra, esta paciente recuerda a su madre como una persona estricta, aunque en el fondo le reconoce que gracias a ser como fue, ella y sus hermanos han logrado salir bien en la escuela, y ser buenos hijos. Aunque en el fondo la paciente reconoce que a su madre no se le puede compartir nada, sobre todo de sus intimidades porque le tiene una gran reserva a su forma de entender las cosas. Ella ve a su madre como una figura fuerte de autoridad. También cree que su madre y su padre se la han llevado bien, pero reconoce que si no hubiera sido por su madre, ahora no tendrían lo que tienen, refiriéndose a las cosas materiales.

Sobre su padre Paty lo menciona poco pero de manera significativa. Recuerda una experiencia de hace años cuando Paty enfermó a la edad de ocho años. Ella estaba en la primaria y no sabe por qué pero se desmalló estando formada en la fila, la llevaron a una clínica y le tuvieron que hacer una transfusión de sangre. Comentó que se desmayaba con cierta frecuencia durante clases hasta que la llevaron al hospital y le realizaron una

transfusión de sangre, aunque este recuerdo no permite saber mucho, ella reconoce que tal vez lo que le inyectaron en aquel momento fue solamente suero. Lo significativo para ella es que en esa ocasión su padre llegó de su trabajo y fue a visitarla al hospital llevándole un regalo y unas flores, algo que refirió como un recuerdo lindo, aunque de inmediato mencionó que esta acción del padre a su madre no le pareció en absoluto y lanzó una crítica exigente que originó una discusión entre ambos en ese lugar.

En otra ocasión, cuando ella tenía alrededor de cinco años, ella recuerda que estaba parada frente a un espejo y se puso un vestido de la madre, tomó unos zapatos de ella, pero al recordar que a su padre le gustaba bolear sus zapatos, ella tomó unas pinturas y con vestido y todo empezó a bolear los zapatos de la madre, al ser sorprendida por ésta, le gritó tan fuerte que la paciente se sintió muy mal y de tanto llorar se quedó dormida hasta que llegó su padre y la mamá de la paciente le comentó lo sucedido. El padre se sonrió por el acto de la paciente que la madre enojada azotó una puerta y demostró un gran enfado contra los dos.

Sobre su padre, la paciente no hizo mayores referencias, solo destacó otro recuerdo de él más reciente y que sucedió durante un periodo vacacional donde ella y su hermana andaban en compañía de su papá. Ese día el papá se bajó de la camioneta y fue a una tienda a comprar unos refrescos, él dejó su teléfono celular en el vehículo y el aparato sonó y apareció un mensaje. Paty pensó que tal vez sería su mamá y lo abrió para contestarle y decirle dónde se encontraban y que ya irían para su casa, sin embargo, en el teléfono el mensaje evidenció una relación alterna que el padre sostenía con otra mujer. Paty y su hermana trataron de investigar el número y supieron que se trataba de otra mujer, una más joven que su mamá y con la cual el padre ya tenía años de relación. La paciente solo exclamó de esta experiencia su solidaridad con su mamá, pero no intentó por nada decirle algo al respecto, ni a la madre ni a su papá tampoco. Se determinó que la paciente no mantiene una relación de comunicación amplia y de confianza con sus padres y que la figura que ve en su búsqueda del amor en Julio tiene una fuerte conexión con su experiencia edípica con su propio padre.

Relación con sus hermanos. Paty refiere que con sus hermanos la relación es buena, aunque resaltó con el paso de las sesiones que su hermana es su única confidente, no hay otra persona como ella para reflexionar sobre sus vivencias. Su hermana más que su confidente es la voz de la conciencia de la paciente, al grado que la hermana sabe lo que le duele y lo que le falta a Paty. Ella piensa que Julio no le conviene a su hermana y lo ve con malos ojos. Además, la hermana de la paciente tiene un amigo (Braulio) que es de la misma edad que Paty pero se junta más con la hermana de la paciente. Braulio es uno de los hombres con quien la paciente se relacionó más adelante, después de Julio y que ayudo de alguna manera a la paciente para superar el prolongado estancamiento que vivenció durante su relación con Julio. Este amigo de la hermana conocía a Julio y tenía una opinión de él que no era muy buena referencia. Para Braulio, Julio era un tipo ruin y enfermo de poder, sin embargo, esta era una opinión muy personal que compartían Braulio y la hermana de Paty, y que a fin de cuentas ayudaron a que Paty se pudiera dar cuenta de manera definitiva que estaba perdiendo su tiempo al seguir esperanzada de alguien que no le daría lo que ella deseaba, una relación formal y estable; libre y sin prohibiciones; sin límites.

Relación con los amigos. En la escuela se hablaba de una sola amiga con la que Paty se sentía cómoda. Las dos compartían que estudiaban en la misma escuela, eran foráneas y ambas tenían madres de carácter fuerte. Con el paso de las sesiones el círculo de amistades de la escuela fue abriéndose un poco más para Paty, aunque ella siempre tuvo sus reservas para convivir con ellos. De quien más hablaba y con quienes más convivía eran sus amigos de su ciudad natal. Esto fue así hasta el momento que ella empezó a reconocer que era la “comidilla” de todos por lo que ella vivía con Julio. Reconocer esto fue lo que hizo alejarse de ellos con mayor convicción y le permitió buscar salir de ese círculo estrecho al que pertenecía y que se había negado por muchas formas aceptar salir de él. Sobre todo de sus amigas pues aunque no compartían los mismos gustos en nada, eran sus amigas de siempre en ese lugar. La paciente logró integrarse a nuevos grupos y reconoció que no todo era “su ciudad natal”, había para ella otros horizontes y otros caminos que era momento de vivirlos, aunque fue algo que le costó mucho trabajo a la paciente poder aceptarlo.

Fuera de Julio la paciente tuvo otras dos experiencias muy similares en la forma de relacionarse con otros dos chicos de su ciudad natal, la repetición de sus actos en esas situaciones fue algo que le ayudó a que en el momento de que se aproximaba el final del tratamiento le permitió darse la oportunidad de entrar en contacto con un chico más, pero en esta última ocasión el joven era de su facultad y vivía en Monterrey.

Algunos de los síntomas y rasgos estructurales que presentó esta paciente durante su análisis fueron: colitis, dolores de cabeza, sentía en ocasiones que se iba a desmayar cuando estaba bajo mucho estrés, aparición de erupciones en la piel del rostro por la misma situación, inflamación de las anginas, insomnio y fatiga extrema. Además pensaba que sufría de bulimia y en una sola ocasión refirió que pensaba que padecía el síndrome de Asperger.

Durante su tiempo en sesión y cuando todavía sostenía relaciones con Julio, la paciente habla sobre un temor a quedar embarazada, pues tenía clara la situación de peligro a través de una experiencia que le sucedió a su mejor amiga y compañera de clases quien atravesó por una situación de aborto producto de la relación con un novio a quien no quería. Ante esto Paty experimentó una reflexión sobre esta situación y contempló que eso mismo le podría pasar a ella, esto la influenció a dar por terminada su relación con Julio de un día para otro, pues en ese momento veía peligrar su futuro y que su familia y amigos supieran sobre su vida sexual.

En su psique la paciente estaba sintiéndose en peligro e inconforme por la situación que vivía desde hace más de un año con la relación con Julio. Es a través del trabajo analítico que la paciente logra una mejoría en su estado anímico y las intervenciones le permitieron moverse de ese lugar que no le convenía a sus intereses.

Otras experiencias en donde no se sentía muy segura de permanecer es en lugares que le provocaban malas sensaciones, como las que ella vivió durante sus prácticas propedéuticas. Es aquí donde ella refiere haberse enfrentado a situaciones adversas que le generaban estrés, depresión y fatiga al confrontar figuras que representaban autoridad

e imposición para ella. Ante estas experiencias fue de gran ayuda su trabajo analítico y comprendió que muchas situaciones que había vivido con angustia eran principalmente por no tener un conocimiento claro de sus funciones, su capacitación en estos lugares no fue la más deseada para ella, pero sabía que debía ser extrovertida para preguntar dudas sin temor a que se burlaran de ella, reconoció luego que debía conseguir sentirse tranquila en estos ambientes que le costaba mucho trabajo sobrellevarlos, sin embargo Paty siempre demostró tener disponibilidad para entender y reflexionar. Una vez que aceptó reconocer la dificultad a la que estaba expuesta al rozarse con figuras de autoridad, se permitió experimentar la confrontación directa y pudo lidiar con experiencias y situaciones que reconoció que habían existido en su vida personal y que había experimentado en silencio y con sumisión por temor a enfrentar a varias figuras que le demandaban situaciones de carácter, aunque contando esas anécdotas en análisis le permitió reconocer también que posteriormente podría sobrellevar otras situaciones similares experimentando menos temor.

## RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

La paciente inició su tratamiento en el tercer trimestre del 2014, la decisión de tomar un análisis fue referida a través de una sugerencia realizada por una supervisora de sus prácticas propedéuticas. Al inicio cuando ella se encontraba en su primera sesión decía que no sabía qué decir, que ella no sabía por qué le habían pedido ir ahí. Lanzó un suspiro y mencionó de inmediato que había un chico llamado Julio, él era su mejor amigo de la secundaria. Se habían dejado de ver durante tres años y regresó a su vida hacia un año. Habían pasado a tener relaciones sexuales, pero él ya no la trataba igual como cuando eran sólo amigos, ahora hablaba poco, no la quería ver mucho tiempo y la ignoraba cuando ella le preguntaba qué tipo de relación quería él con ella.

Ella sentía que él la usaba, se dio cuenta de esto y lo mencionó desde el comienzo de su análisis. La quería como amante disponible, ella se conformaba con obtener sólo su amistad pero él representaba una figura muy fuerte para la paciente, un ideal que la sometía a su voluntad ante la falta de fortaleza de ella.

Se percibía que le faltaba fuerza para realizar sus actividades, vivió desganada. La paciente no estaba conforme con lo que vivió en esos momentos, y sentía miedo y vergüenza con sus padres y con sus amistades si llegaran a saber sobre la situación que ella misma había permitido vivir con Julio.

En sus relaciones de amistad también hablaba de sentirse desmotivada, su postura era más introvertida que extrovertida y eso no le gustaba. Siempre estaba al pendiente de los mensajes de Julio que cada vez le llegaban con menor frecuencia. Sus respuestas se fueron perdiendo. Ella sintió una profunda tristeza y ante esto sintió además ser rechazada en muchas partes y no sólo con Julio.

Al inicio del tratamiento la paciente tuvo la libertad de hablar de lo que le aquejaba sin ninguna limitante. Hablaba usando un tono de voz muy bajo para expresar sus dolencias, había que esforzarse para escucharla y fue necesario interrogarla en ocasiones para clarificar el objetivo de sus palabras. Entre el llanto y la queja demostró tener



carácter para enfrentarse a sí misma y comprender cuáles eran algunas de sus fallas a través del uso de la reflexión.

Lo que al inicio apareció como temor fue transformado en el análisis por la misma paciente en coraje y después en aprendizaje. Reconoció que algunas cosas que le afectaron durante mucho tiempo eran situaciones provocadas por no contar con experiencia, no haber tenido confianza para hablar o preguntar.

Su análisis duró un año y cinco meses en frecuencias de una sesión a la semana. En el análisis se pudo ver que la paciente demostró tener en un principio desconfianza hacia el analista, posteriormente fue tomando confianza y aparecía en forma constante la reflexión por parte de ella; se sintió el rechazo de la paciente al confrontar algunas experiencias; hubo algunas ausencias injustificadas cuando trataba de comprender la realidad de lo que ella reconocía como errores; siempre demostró tener recursos para darse a entender con el analista.

A lo largo del análisis tuvo algunas experiencias significativas con algunas figuras representativas y que tenían una relación directa en lo que ella misma estaba trabajando en su análisis. La primera fue la de darse cuenta que una de sus amigas había sufrido un aborto de una relación que la amiga no quería. Otra más fue cuando estaba la paciente y su hermana ante el teléfono celular de su padre y le descubrieron una infidelidad hacia la madre. Saber que no podía relacionarse con nadie que no fuera del círculo de su ciudad natal, fue otro problema que tuvo que enfrentar. Las relaciones con otras personas, la angustia ante lo desconocido. No enfrentar a figuras de autoridad y no tener la solvencia para resolver dificultades sin abandonarse a sí misma en el camino fueron algunas situaciones más que trató de elaborar en análisis.

Al finalizar el tiempo de su estancia en la facultad fue casi a la par con el final de su tratamiento, ella se sentía más a gusto con su toma de decisiones, contaba con mayor capacidad para tener conciencia de buscar lo que más le conviniera a sus intereses y reconoció que tenía otras oportunidades de encontrar su objeto amoroso si no se cerraba a la idea de frecuentarse solamente con personas de su ciudad natal. Al final del tratamiento se movió de lugar a pasos agigantados y eso mismo le permitió a la paciente alejarse de aquel temor de que algunas personas supieran de su experiencia intolerable

con Julio y le sirvió para sentirse con mejor fortuna en otras dos relaciones más que intentó vivir después de su experiencia con Julio.

## **MOTIVO DE CONSULTA**

La paciente comenta que una supervisora fue quien le sugirió acudir a análisis porque le refirió que tenía un problema en la forma en que demostraba sus sentimientos al trabajar con los pacientes que veía en el centro de atención a niños con Síndrome Down, lugar en el que realizaba sus prácticas propedéuticas. La interrogante no fue aclarada al principio con precisión acerca de qué manera se le manifestaba esta forma de demostrar sus sentimientos en ese lugar, al inicio ella no supo bien detectar a qué se refería la supervisora, sin embargo, la paciente dejó este motivo de lado y de inmediato reconoció que fue sorprendida llorando a solas. Esto fue lo que la movió a hablar de su situación sentimental.

*Pc. “Cuando llegó Julio de nuevo a mi vida me sentí muy feliz de que pudiera volver a verlo, él siempre fue mi mejor amigo, nos confiábamos todo en la secundaria. Siempre se me hizo alguien verdaderamente muy interesante”.*

Con la aparición de su ideal dejó claro que no sabía cómo actuar ante la figura de Julio. La paciente sintió que la llegada de esta persona a su vida la agarró por sorpresa en un momento en que ella experimentaba la falta de amor con su novio en turno al cual decidió dejar para tratar de disfrutar la nueva experiencia con su conciencia tranquila, libre de culpas.

*Pc. “Él es todo para mí, no puedo saber qué voy a hacer porque no me gusta que me pida que sea su amante si yo lo considero un mejor amigo, más amigo que amante, a mí no me importa tener o no tener relaciones sexuales con él, yo sólo quiero que sea mi amigo como antes”.*

Durante las sesiones tuve la oportunidad de observar ciertas manifestaciones de angustia e intranquilidad en la paciente, se mostraba sumergida en gran depresión y se sentía devaluada, lloraba enojada, se sentía engañada, usada como objeto. Es probable

que sintiera eso mismo hacia mi persona pues en ocasiones se mostraba intrigada, enojada por las interpretaciones y en otras hasta se ausentaba sin justificación de la sesión dependiendo de cuál había sido el efecto del análisis anterior de la sesión en ella.

## **DEMANDA DEL TRATAMIENTO**

Desde el inicio de su análisis la paciente comentaba que tenía pocas ganas de convivir con la gente, no sentía ganas de realizar trabajos en equipo en sus clases, le molestaba tener que exponer una clase, aunque lo hacía. Se sentía enferma y cansada, no dormía bien, demostraba tener temor de enfrentar a la gente que le representaba autoridad, no demostraba tener defensas ante todas estas experiencias, veía la energía disciplinaria de su madre en algunas figuras de autoridad. No sabía si el amor que buscaba era el mejor, pero se dejaba llevar por sus pretendientes al principio sin hacer caso a sus ideales por convicción.

Le preocupaba ser tan callada y cerrada, quería ser diferente, más audaz y tener mayor conocimiento para no quedarse conforme con la manera en que le sucedían las cosas. Decía que era muy llorona y muy floja, aunque jamás le fue mal en el desempeño de sus clases. A veces también sentía la necesidad de ocultarse de sus amistades para no tener que decir cómo le estaba yendo en el amor. Quería mantener oculto esto principalmente con sus padres y sus amigos para no ser objeto de burlas y abusos.

Esto que para ella era necesario mantener oculto tal vez daba respuesta al enigma de su invitación a acudir a sesión analítica por parte de su supervisora. Esto finalmente le hizo darse cuenta a la paciente cuando finalmente reflexionó acerca de su demanda de tratamiento, ella no veía que los demás ya se habían percatado de que la sintomatología de sus vivencias estaba siendo detectada por el exterior.

Ella no se veía en un tratamiento analítico pues desde que llegó hizo referencia a cierta rivalidad existente respecto a la diferencia entre las ramas y técnicas de la psicología que se menciona en los pasillos de la facultad de psicología. Quería saber con insistencia de qué forma le podría ayudar un trabajo analítico. Con el paso de las

sesiones dejó esto tranquilo para referir que se sentía muy interesada en el trabajo analítico y que no era para nada como le habían dicho que sería.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS**

Durante todo el tratamiento que recibió la paciente se presentaron diversos síntomas que se pueden encontrar dentro de la estructura histérica. Al inicio fue detectada la angustia que minaba la existencia de la paciente. Una vez que tomó la iniciativa de hablar de la inconformidad en que vivía la relación con Julio, era evidente que tal situación le generaba conflicto.

Temor y angustia. El hecho de saber o no sus familiares y amigos la relación informal con Julio le generó un conflicto emocional interno al grado de que la angustia que se desbordaba en ella se transformó en miedo. El sentimiento ya quería salir a flote, pero ella demostraba tener una gran resistencia a dejarlo salir por temor. La imagen de la paciente evidenciaba la angustia, durante otros días le aparecían imperfecciones en la piel. También se rascaba constantemente los brazos y el cuello.

Fatiga y cansancio. Se sentía fatigada y evitaba a la gente. No quería hablar con nadie de lo que le sucedía con Julio y ese mismo mutismo lo quería utilizar para no hablar con nadie cuando vivenciaba una situación correctiva en sus actividades propeuéuticas. Se sentía durante varios días que sólo quería dormir. Estaba cansada y no se explicaba por qué pero no sentía ganas de presentarse a seguir su jornada ni a divertirse fuera de clases.

Insomnio. Durante varios días se quejaba de que no podía dormir:

Pc. *“Tengo mucho sueño cuando estoy en clases, ¿no sé qué me pasa? A veces solo estoy pensando en él, ¿qué hará? ¿Qué estará viendo o pensando?”*

Psic. *¿Sientes que pierdes el sueño por pensar en Julio?*

Pc. *“Sí, a veces me desvelo hablando con él, pero en ocasiones me siento que no puedo más porque ahora cada vez se tarda mucho en contestarme. Una ocasión sentí que ya habían pasado tres horas desde la última vez que le había preguntado algo por el Whatsapp”*.

Psic. ¿Con qué frecuencia platicas con él en Whatsapp?

Pc. *“Antes casi todas las noches, pero ahora ya no me contesta seguido. Un día me quedé sin saldo en el teléfono y me salí a las 3 de la mañana a un oxxo a que me lo recargaran para poder seguir viendo qué me decía”*.

Psic. ¿Y por qué crees tú que ya no te contesta los mensajes rápido?

Pc. *“Porque de segura esta con la zorra de su novia”*.

Sensibilidad extrema. Cuando una figura de autoridad le corregía algo, lloraba. Le brotaban las lágrimas ante cualquier situación que le diera nostalgia. Con los pacientes Down que ella atendía en el centro que hacía sus prácticas era demasiado efusiva al demostrarles su afecto. Por más que deseaba controlar estos sentimientos salían de ella sin más, ella no tenía control alguno sobre esto.

Colitis. Desde el inicio del análisis confesó que padecía colitis. Le atacaba siempre que sentía presión por alguna actividad. Decía que se estresaba porque siempre sentía la necesidad de hacer las cosas bien a la primera, para que nadie le dijera nada. No le gustaba que nadie la regañara o le llamaran la atención sobre algo. Hubo un tiempo que le atendieron la colitis con medicamentos, pero con resultados poco favorables.

Bulimia y estrés. En un periodo ya avanzado de llevar su análisis la paciente comentó que sentía que tal vez tenía síntomas de bulimia.

Pc. *“He sentido que tengo Bulimia, creo que estoy muy gorda”*.

Psic. ¿Te has estado provocando el vómito?

Pc. *“Sí, últimamente me he sentido que nada me cae bien de lo que como. Me siento gorda”.*

Psic. Me decías anteriormente que estabas yendo al gimnasio, ¿qué pasó con eso?

Pc. *“Si voy tres días a la semana pero no sé, siento que algo no me está cayendo bien”.*

Afonía y dolor de cabeza. La paciente al inicio de las sesiones hablaba con voz demasiada baja, esto según decía, era un gran problema porque mucha gente de su entorno le decía que hablara más fuerte porque no le entendían. Se quejaba también de sufrir fuertes dolores de cabeza. En ocasiones eran tan agudos los dolores que la tumbaban a dormir una siesta, solo así conseguía mitigar el dolor.

Psic. ¿Notas una relación a quedarte dormida cuando algo te resulta incómodo?

Pc. *“Sí, si algo no me gusta o me da temor lloro y me quedo dormida, desde que era chica me sucede así”.*

Quejas y enojos. La paciente también vivía largos periodos de inconformidad con las figuras de autoridad. Algunas reglas en sus centros de prácticas le parecían absurdas.

Pc. *“Siento que algunas personas que están en mis prácticas son demasiado mandoncitas y me enoja que quieran someternos a los estudiantes nuevos a hacer algunas cosas que no tienen sentido. A veces creo que estamos en una cárcel y ellas tienen que demostrar su poder”.*

Psic. ¿Qué es lo que sientes hacia esas personas mandoncitas que mencionas?

Pc. *“Son unas pendejas”.*

En otra ocasión refirió sentir un gran enojo con una de sus amigas, la que era prima de Julio:

Pc. *“Estoy muy enojada con mi amiga porque me ha estado llamando por teléfono para pasarme a Julio, yo ya le dije que no quería saber nada de él, que no se metiera porque él y yo ya no tenemos nada que ver, pero no entiende. Es terca y le quiere ayudar a que me siga viendo porque Julio esta ardido desde que le dije que ya no lo quería ver porque yo ya estaba saliendo con otro muchacho. Parece que están ardidos los dos, y está que le quiere servir de alcahueta”.*

Durante todo su trabajo analítico se trató de contener a la paciente. Ella presentaba desde el inicio una angustia y temor por la medida de sus actos. Los síntomas que refería en su discurso fueron determinantes para ayudarle a mejorar sus defensas. Siempre demostró interés en solucionar y comprender qué le sucedía. Una vez que decidió enfrentar a Julio y terminar la relación que tenía con él empezó a vivenciar que contaba cada vez con mayores recursos para no sentirse mal consigo misma, esto le permitió encontrar un punto donde su superyó se hizo presente y le permitió tener mayor confianza y decisión.

## **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Al principio el discurso de la paciente atravesó fugazmente por un periodo de contar lo que le sucedía o mejor callarlo, parecía que se perdía de pronto en un discurso que tenía como raíz la demanda de otro, y no la de ella. Después la paciente dio marcha atrás a la postura de su supervisora y tomó las riendas de su análisis, elaborando sin dificultad un discurso que ayudo a determinar la situación de angustia en que se encontraba.

Desde el inicio del tratamiento la paciente demostró a través de la palabra y de su cuerpo que presentaba algunos rasgos histéricos. Conforme fue pasando el tiempo en sesión la manifestación de estos rasgos fue llegando con mayor fluidez. Sus reacciones ante algunas intervenciones le provocaban confrontar el conflicto en su propia persona y con su analista. Se sentía devaluada como mujer y siempre sintió estar en desventaja ante algunas figuras de autoridad.

El análisis se encargó de darle recursos yoicos con ayuda de la intervención y la interpretación de su discurso para que la paciente pudiera tomar mejores decisiones. Fue necesario que enfrentara sus miedos a través de mejorar su conocimiento de las causas que lo provocaban.

*“La intervención terapéutica tendrá eficacia si logra desmovilizar la economía neurótica del deseo”.* (Jöel Dor, 2010)

También estaba viviendo un temor con sus padres porque sus relaciones la llevaban a ese plano histórico donde el sujeto siente no haber recibido todos los testimonios de amor esperados por la madre y la consumía el hecho de no saber qué hacer si la madre sabía que ella la había defraudado por no tener una relación formal.

El trabajo terapéutico con la paciente fue en parte de confrontación con la realidad, la búsqueda de su deseo llevada al plano de lo que le conviniera más a sus intereses, era necesario que ella hiciera frente a situaciones de riesgo, que contara con un mejor entendimiento de su sentir.

## **DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA SUBJETIVA**

Como se estableció anteriormente, este caso fue supervisado como un caso de histeria femenina. La paciente demostró tener una personalidad que estaba siendo sometida por la influencia del exterior. Sus miedos y angustias partían de su relación con la madre, una figura que se presentaba ante ella como un ente de autoridad y disciplina. Por otra parte la relación con Julio la dejó permeada de una fuerte insatisfacción a su deseo, como si estuviera prohibido o negado desear para ella. Era común que ella no lo tuviera cuando lo deseaba, sino cuando le tocaba tenerlo.



## CONTEXTO FAMILIAR

Toda la familia de la paciente proviene del mismo lugar de nacimiento, un sitio ubicado al norte de Nuevo León casi pegado a la frontera con EU. Ahí crecieron y se casaron sus padres. Sigue siendo su residencia actual. La madre es maestra de escuela secundaria y ama de casa. El padre de la paciente es una figura más ausente que presente por su oficio como comerciante. Él le dejó la estafeta como figura disciplinaria a la madre, porque es quien pasaba más tiempo con los hijos, mientras que el padre es una figura más cordial y misteriosa para sus hijos.

La paciente es la mayor de tres hermanos. Fue la primera que emigro de su ciudad natal para buscar estudiar fuera de ahí. El miedo a una maestra que le recordaba mucho a su mamá fue lo que la impulso a buscar la posibilidad de arribar a un espacio académico fuera de su ciudad de origen. La hermana es dos años menor que la paciente y es parcial con la situación que vive la paciente. Al parecer en las relaciones afectivas la hermana menor ha tenido mejor suerte con sus parejas que la paciente. Ambas establecieron un vínculo más estrecho entre sí cuando decidieron mantener oculta la información de que su padre le estaba siendo infiel a la madre desde hace ya tiempo. Ella es su confidente, su “voz de la consciencia”, incluso la paciente asegura que le tiene mayor confianza a su hermana que a su propia madre.

El hermano menor es eso para la paciente: sólo un buen hermano que no se mete en dificultades con nadie, con él lleva una relación cordial cada que se ven, estudia la secundaria y la paciente se lleva bien y bromea mucho con él cada fin de semana que acude a visitarlos. Ella siente que su relación es buena entre los tres.

## FIGURAS SIGNIFICATIVAS

La madre de la paciente se presenta en primera instancia como una figura de autoridad ante ella, una imagen de carácter fuerte. La paciente recuerda que: *“si no fuera por ella no tendríamos lo que ahora tenemos”*. A decir de la paciente ella no le tiene mucha confianza a su madre para hablar de sus intimidades como lo hace con su hermana. Ella ve con temor y respeto a su madre. De su padre no habla ni bien ni mal.

Es un enigma para ella, aunque reconoce que es amoroso con ella y sus hermanos, pero infiel con su mamá.

El mismo Julio fue una figura con demasiada influencia con la paciente. Pasaron de ser los mejores amigos a ser “amigos con derecho”. Tuvieron relaciones sexuales a lo largo de un año, hasta que ella se dio cuenta que él no la pretendía como para establecer una relación formal con la paciente, sino más bien usarla y evitar que los vieran los demás amigos juntos, porque él siempre tuvo presente a su novia. Le ofreció a la paciente que fueran amantes, y aunque ella se negaba aceptarlo, tampoco podía dejarlo de ver y vivía a su lado relaciones por la fuerza y abuso de confianza con el chico.

Braulio un amigo de la hermana de la paciente fue otra persona que influyó en la decisión de la paciente para dejar a Julio. Aunque tuvieron relaciones sexuales de manera ocasional, él le habló de lo que todos conocían de Julio en su ciudad natal, aunque también le sirvió para poder dejarlo de manera definitiva ya que la paciente utilizó la presencia de Braulio para armarse de valor y decirle a Julio que ya no lo podía ver ni recibir más porque ella había conocido a otro chico. No obstante, esto también le permitió a la paciente darse cuenta que no le convenía relacionarse de nuevo informalmente con otro chico de su misma ciudad.

## **ESTRUCTURA EDÍPICA**

Es muy notable la triangulación del Complejo de Edipo. Primero lo podemos visualizar en la re-escenificación que tuvo en la niñez con la figura de ese vecino de los abuelos a la edad de 7 años. La identificación con el ser mujer influenciado y aprendido por la madre en primera instancia, más el silencio absoluto después del abuso y los tocamientos de este joven, la encaminaron a sentir el amor y la preferencia de la figura paterna. Su silencio trataba de adaptarse a no quejarse para que su padre no supiera que ella no se sabía cuidar. Esta misma situación la repitió una vez más con un patrón similar al inicio de su etapa adulta con Julio. La madre no contaba para nada en lo sentimental, se le presentaba como figura de autoridad, una rival ante los elogios y el buen trato con su padre. La tercera en discordia. Además su madre era la voz de la experiencia y la prohibición ante su amistad con Julio, algo que a la paciente le permitía

sentir que le estorbaba y le originaba temor de que la madre se llegara a enterar de que seguía viéndolo, deseándolo. Julio y el padre de la paciente jugaban el mismo rol ante ella, el que le cubre la falta y la figura significativa que le permite a ella sentirse deseada por otro.

## **EVENTOS TRAUMÁTICOS**

El primero que se puede detectar es el de un regaño severo que recibió la paciente por parte de su madre a la edad de 4 años por una travesura al pintar unos zapatos que su padre le regalo a su madre, esta experiencia dejó una huella imborrable en la paciente de la severidad que ella sentía de su madre. La figura autoritaria y disciplinaria le hicieron no tenerle confianza a la madre, y también le formaron una idea de no poder discutir con alguna figura de autoridad. Hasta cierto punto la volvió sumisa para no buscarse conseguir problemas.

Pc. *“Yo estaba muy chica cuando le eché a perder unos zapatos a mi mamá, me regaño de tal manera que ya nunca lo pude olvidar”.*

El segundo evento surge a la edad de 7 años cuando la paciente refiere que un chico de 16 años, vecino de sus abuelos maternos, la busca en varias ocasiones para hacerle tocamientos. Aunque ella no vio este evento como un abuso por que el joven uso palabras suaves y trato sutil y silencioso, fue suficiente para notar que en esta situación ella quedó en la misma posición sumisa y doblegada ante la advertencia del joven: “No digas nada a nadie”. El miedo al castigo y disfrutar de lo prohibido formaron un vínculo silencioso para sus relaciones futuras, donde ella no sabía distinguir qué era permitido gozar, reconocer lo que ella deseaba o tirarse al goce bajo necesidad de ser abusada por alguien en silencio.

Pc. *“Él me decía que no pasaba nada malo, yo le creí. Sentí que era normal, no me acuerdo que me haya hecho daño, creo que fue dulce conmigo porque me decía que yo le gustaba porque era muy bonita”.*

Psic. Sí fue tan bueno para ti ¿por qué no compartírselo a tus padres?

Pc. *“Sí verdad. Me hubiera dado vergüenza con mi mamá o con mi papá”.*

Psic. Y qué eso no es algo muy similar a lo que te hace sentir tu relación con Julio. ¿Por qué no dejarlo saber por todos?

Pc. *Sí es malo, lo sé y me duele mucho. Él es mi amigo.*

Psic. ¿Y dónde dice que a un amigo se le presta el cuerpo?

Más allá de las relaciones sexuales con Julio fueron sus silencios prolongados ante ella y su abuso de confianza para someterla por la fuerza en varias ocasiones lo que le provocó a la paciente una situación de temor a quedarse sin él. Ella no sabía si disfrutaba bien o no la relación informal con este joven, por lo que volvió a quedar en ella una situación de sometimiento y amargura. Cuando Julio empezó a hacer pública la experiencia de él con la paciente le ocasionó un incremento a su temor de llegar a ser descubierta por sus padres.

Pc. *“Una vez llegó Julio a mi casa de aquí de Monterrey como a las 7 de la mañana y me dijo que venía por mí. Yo le dije que me iba a bañar para salirme con él, pero solo vino para hacer eso y me tomó por la fuerza. No me lo pude quitar de encima porque se hizo muy pesado.*

*Después cuando fui un fin de semana a visitar a mis papás unos amigos de él me dijeron que si quería ir allá, al lugar especial donde iba con Julio a hacer eso”.*

Psic. ¿Empiezas a darte cuenta que más que poder mejorar tu relación con él, tu situación empeora ante todos?

Pc. *“Sí, y me duele mucho, yo sí lo quería”.*

## **PERFIL SUBJETIVO**

Su manera de interaccionar con la familia es como ella se muestra ante la gente. Es sumisa y acepta lo que le piden. Teme hablar en confianza acerca de sus experiencias.

Mantiene ocultas cosas de relevancia por temor a ser acusada o regañada, especialmente por la madre. Para ella la situación con el padre es de amor, él no le dice nada porque no está ahí con ellos. Cuando se ven él habla poco, pero le dice que los quiere.

Con sus hermanos se trata de una situación de identidad con su hermana menor tal vez porque son mujeres y casi son contemporáneas, conocen a las mismas amistades, pero su hermana es más selectiva que ella. Ella es más sentimental y su forma de relacionarse con la gente del exterior es en un principio bajo sumisión de las preferencias de los demás, ella les trata de dar gusto, pero luego reacciona de acuerdo a lo que ella siente y si no está de acuerdo con algo se va del lugar.

La paciente tiene un modo moral de regir su situación sentimental. No puede permitirse jugar con los sentimientos de nadie. Con su primer novio, jamás sintió deseos de estar con él en la intimidad. Ahí demostró ser selectiva, no se atreve con quien no se siente a gusto. Con Julio fue así y ahí fue donde se dio cuenta que no era necesario ser la novia formal de alguien para dejarse tocar. Vuelve de algún modo a permitir someterse al gusto de alguien más y tarda mucho en reaccionar a las situaciones de abuso de confianza.

Con sus amigos y compañeros de escuela muestra apatía por reunirse con ellos, le da flojera tratarlos. Trata de mantenerse oculta para que no se sepa la situación que vive con Julio. Al aislarse trata de evadir. Tiene miedo de que se burlen de ella, que la devalúen por sus decisiones. Al mismo tiempo tiene miedo de que le detecten que ha cometido un error. Resulta catastrófico que ella cometa un error y sobre todo que se lo hagan saber ante los demás, por eso adopta en un primer plano una postura de sumisión, de obediencia, aunque por dentro tiene batallas consigo misma por que no acepta todo lo que le dicen o le ordenan. En un segundo plano empieza a revelarse y se permite asegurar un lugar donde estar ahí no sea malo para ella.

## **IDENTIDAD SEXUAL**

Desde el principio del análisis la paciente se identificó plenamente como una persona heterosexual. Tiene un interés por las figuras masculinas destacando en varias ocasiones su gusto por los hombres.

Al inicio de su tratamiento se presentaba desarreglada y fuera de formalidades para vestir; usaba poco maquillaje y peinados nada estilizados, con el paso del tiempo la postura sobria cambio por una apariencia más dinámica. Se pintaba los labios y los ojos, a veces trataba de vestir bien y se notó un gusto particular por accesorios como: aretes, pulseras, collares, perfumes, uñas pintadas, etcétera.

Una ocasión refirió que quería ser como una catedrática que tuvo oportunidad de ver en una conferencia en la escuela. Decía que esta persona le gustaba porque además de hablar con propiedad, sabía mucho. Contestaba todas las preguntas y demostraba tener una gran seguridad. Destacó que se veía muy bien arreglada en su forma de vestir y le gustaba la forma discreta de usar accesorios brillantes.

*Pc. “Yo quiero ser como ella, dar conferencias y que todos me pregunten lo que quieran saber. Es una mujer muy especial y controla el tema que comparte con los alumnos”.*

## **RECURSOS YOICOS**

A pesar de lo que aparentaba, la paciente demostraba tener recursos yoicos en un nivel bajo. Se ofuscaba, pero nunca perdía la razón. Se reclamaba a sí misma la falta de aprendizaje y deseaba superar su ignorancia. La confianza que no tenía con la madre la trató de encontrar por un tiempo en su hermana y en su mejor amiga de la escuela. Jamás demostró dificultad para razonar y hacer uso de la reflexión. Trataba de fortalecer su yo influenciada con figuras famosas del espectáculo.

Demostraba necesidad de ser contenida y escuchada, con el tiempo ella adquirió recursos para estabilizarse emocionalmente en consulta, emitía un buen uso del juicio.

La paciente demostró tener una autoestima baja al principio del tratamiento, pero esta situación mejoró con el avance de las sesiones. Siempre supo estar en el presente y reconocía cuál era su lugar en tal o cuál situación. Hacía caso a sus necesidades y se esforzaba por comprender acerca de las cosas que le aquejaban. La influencia académica también le permitió jugar un papel importante en su aprendizaje y mejorar su desempeño con mayores recursos a la hora de avanzar su análisis.

## **MECANISMOS DE DEFENSA**

La paciente se encontraba devaluada y angustiada por el temor de ser descubierta por sus allegados por la forma en que ella misma estaba viviendo su relación afectiva, esto le disparó una serie de mecanismos defensivos a utilizar según fuera el caso. Tenía una enorme tendencia a permanecer callada. Se aislaba y cuando tenía una dificultad con alguien lloraba y de inmediato se enojaba, sentía ganas de escapar de la escena.

Su cuerpo era el que estaba resintiendo la carga de energía afectiva de todas las investiduras que vivió a lo largo del tiempo. Este cuerpo manifestaba la expresión de su dolor psíquico, pedía auxilio a cada una de las líneas que se manifestaban en él y que estaban relegadas a poder descubrir.

La intelectualización de sus ignorancias fue otro mecanismo que le ayudó a comprender lo que le sucedía y por qué le sucedía algo, el analizar las cosas le ayudó a ejecutar el uso de la reflexión para hacer conscientes esas situaciones que ella no alcanzaba a comprender por sí sola. Hablar de todo le ayudó a darse cuenta que sí podía reconocer lo que le afectaba. Confrontarla no fue tan difícil durante el análisis porque la paciente tenía disponibilidad.

## **CARACTERÍSTICAS DEL SUPERYÓ**

A pesar de tener angustia y temor por ser juzgada por su familia y amigos, la paciente luchaba constantemente por no darse por vencida. Siempre se sintió enfocada a

ser una mejor persona a pesar de que en diversas situaciones se vio atacada por el juicio de algunos de sus compañeros de escuela y de sus amigos en su ciudad de origen.

Ella siempre trato de seguir el camino de la conciencia moral. Trataba de observar constantemente su manera de actuar, labor que le permitió reconocer cuáles eran algunas de sus deficiencias ante los demás. Aunque tardó un tiempo prolongado en reaccionar a las situaciones que le originaban dolor y angustia, jamás dejó de lado tratar de reconocer qué era lo que ella necesitaba saber para poder vivir bien. Pese a que vivió durante mucho tiempo al lado de la sumisión ella demostró después querer saber cómo lograr deslindarse de ese grado de ignorancia y poder sentirse mejor con ella misma.



## CONSTRUCCIÓN DEL CASO

De acuerdo a lo referido en la teoría sobre la histeria ya expuesta, y con las referencias mismas utilizando como soporte la viñeta clínica y la supervisión técnica; toda esta información permitirá explicar la estructura histérica que la paciente presenta como indicador neurótico.

Para la construcción de este caso clínico, fue necesario apoyarse en la teoría sobre la histeria del Dr. Sigmund Freud. El análisis puntual que Jöel Dor quien detalla a fondo un estudio sobre los rasgos de la personalidad histérica femenina y su relación con lo sexual y lo cotidiano, permitieron comprender de manera eficaz la situación que vivía esta paciente en su lucha por una mejor forma de vivir dentro de la histeria.

Este trabajo contiene además la exposición de mi labor como psicólogo clínico orientado al trabajo psicoanalítico, parte de esto refiere las intervenciones y algunas interpretaciones acerca del discurso de la paciente y su necesidad de ser escuchada y contenida en una situación que la había sobrepasado con angustia y temor desde hace ya mucho tiempo antes de tomar este análisis.

El acercamiento al trabajo de Jöel Dor, así como la supervisión de este caso fueron de una enorme ayuda para continuar con el desarrollo de mis habilidades dentro de la clínica psicoanalítica.

Se realizó un trabajo terapéutico a una paciente mujer de 21 años que llega a la clínica por sugerencia de una supervisora de la clínica donde ella realizaba prácticas propedéuticas. Al inicio llega con muy mal semblante, se nota angustiada y desencajada completamente de lo que le representaba enfrentarse a un trabajo analítico. De hecho al inicio ella asegura que no sabe qué decir. La urgencia de la supervisora fue ignorada por ella y al hacerle la invitación para que hable de lo que ella desee motivan a que inicie.

Ella expone de entrada que hace más de un año se reencontró con un antiguo amigo al cual consideraba “su mejor amigo”. Este chico se ausentó por un periodo de tres años desde que el papá de él falleció, pero desapareció sin avisar y sin dejar una vía de comunicación con la paciente. Antes de su partida, ella refiere que ambos son tan unidos

que no había un día que no se vieran. Hablaban de todo y sin tapujos, uno era el confidente del otro. A decir de ella misma era una amistad abierta, pero sin nada sexual. Sin embargo, todo esto cambio por completo desde el instante en que llegó este sujeto de nueva cuenta a la vida de la paciente, pues de entrada la tomó por sorpresa la intensidad con que llegó echándose encima de ella sin pedir permiso ni avisarle nada.

Ella sólo recuerda que él le comentó estar triste y desesperado por la muerte de su padre, y para cuando la paciente le iba a brindar unas palabras de confort, él se le fue encima sin que ella pudiera oponer resistencia, pues como ella reconoció, él sí le gustaba a ella desde antes, aunque jamás se lo platicó a él ni a nadie, por lo mismo que se describía como una persona muy callada respecto sus sentimientos. Así duró cerca de un año hasta el momento que le preguntó si podían ser novios, momento en que él se ríe de ella y le confiesa que tiene una novia desde hace meses, que lo único que pudiera ofrecerle es ser amantes si ella quería, esto terminó por desilusionarla y meterla en una gran depresión y posteriormente la situación para ella se complicó porque a fin de cuentas ella tenía un gran temor a ser descubierta por sus padres, su familia y sus amistades en esta relación que tenía con él. En el temor y la angustia se desplaza la histeria y esto es lo que nos da el material para poderle dar forma a la explicación que aquí se pretende realizar.

La situación en que es llevada esta relación precisamente le provocó a la paciente la aparición de diferentes síntomas que relacionamos con la histeria, sin embargo, por extraño que parezca, la relación con Julio no es más que la repetición de una experiencia vivida en el pasado de la paciente por lo que a continuación me daré a la tarea de explicar sobre esto en este estudio de caso clínico.

### **1. Analizar la estructuración edípica y sus consecuencias subjetivas en la elección de pareja en una histeria femenina.**

La forma positiva que toma el complejo se refiere a la forma en que lo vivió Edipo Rey ante sus padres: Edipo deseaba la muerte del rival que es el padre del mismo sexo y sentía un deseo sexual hacia el del sexo contrario.

En el caso de la paciente, ella vivió el complejo en forma positiva, aunque es necesario comprender que en el caso de los pacientes la elaboración del complejo es de manera simbólica. Es decir, desean la muerte pero no la ejecutan; y desean sexualmente al otro, también de manera simbólica. Elaborando la experiencia a través de sentimientos en su mente, sintiendo los deseos buenos y malos hacia sus padres sólo en pensamientos.

Psic. ¿Cómo es la relación con tus padres?

Pc. *“Va bien, todo va bien. Los quiero mucho y ellos me han apoyado mucho también”.*

Psic. Quiero saber específicamente ¿cómo ha sido la relación con tu mamá?

Pc. *“Mi mamá es muy buena, me ha enseñado muchas cosas. Pero es muy enérgica, tal vez porque es maestra. Siempre me habla con mucha energía. Si la quiero mucho pero no le puedo contar de mis intimidades, siento que me va a regañar siempre. Ella siempre se ha encargado de la disciplina en la casa”.*

Psic. ¿Por qué será que no le puedes tener confianza?

Pc. *“No sé si es miedo, pero me entran muchos nervios cuando me salgo de la casa a escondidas para ver a Julio. Siento que si lo sabe me va decir que ya no lo vea y se va a enojar mucho conmigo. Nunca nos ha pegado a mí y a mis hermanos, pero si nos gritaba muy fuerte cuando nos portábamos mal”.*

Parte de este proceso lo complementa la presencia de la madre, quien se vuelve una figura de identidad para la niña y posteriormente una rival. Ambas desean lo mismo, el falo. Más adelante esta idea se ve frustrada por el importante papel que juega la presencia del padre quien con su comportamiento consigue que la paciente cuando era una niña se vea en medio de una rivalidad con la madre por el deseo de agradarle a su

padre. La madre siempre está ahí, prohibiéndole todo y generando un temor y desconfianza por parte de la hija, esto permite que en lo futuro la experiencia de la paciente le permita que busque en otros la figura fálica que desea de su padre.

Pc. *“Tenía yo cuatro años cuando una vez me quise poner unos zapatos de mi mamá. Pero antes de eso quise bolearlos como lo hacía mi papá con sus botas, pero los eché a perder y mi mamá me regañó tan fuerte que me acuerdo que me desmayé llorando por el miedo que sentí cuando me gritó”.*

Psic. ¿Qué crees que opine tu mamá de lo que estás viviendo con Julio?

Pc. *“No sé, pero no creo poder hablar con ella de mis intimidades, le tengo mayor confianza a mi hermana que a mi mamá. Ella me diría que lo deje de ver”.*

En la histeria la niña asume la conquista del falo quitándose de en medio, a lo que Freud denominó: *Declinación del Complejo de Edipo*. A partir de ese momento queda de manera permanente en la psique de la niña que la madre tiene todo para identificarse con ella como mujer, pero le respeta la posesión del padre. Ahora esta niña buscará lo mismo que tiene la madre, pero con alguien que no sea su propio padre.

Pc. *“Pobre de mi mamá. Ella no sé si lo sepa o no, pero mi hermana y yo le descubrimos por accidente una conversación por mensajes en el celular a mi papá con otra señora. Nosotras no le hemos dicho nada a mamá”.*

Psic. ¿Qué opinión tienes de tu papá?

Pc. *“Mi papá casi nunca está en la casa, pero siempre nos ha hecho sentir que nos quiere, pero me da cosa con mi mamá porque ella siempre ha sido la que nos ayuda a todos, no creo que sea justo para ella que mi papá tenga una amante”.*

Psic. ¿Y para ti consideras justo ser la amante de Julio?

Pc. *“No quiero eso, yo sólo quiero su amistad igual que antes. Yo le había dicho que quería una relación formal, pero él se rio de mí y me dijo que tenía novia”*.

Para Jöel Dor, tener o no tener el falo es la cuestión del deseo histórico. Y precisamente el objeto del deseo edípico, es el falo. El falo en sí, para el psicoanálisis se refiere a la función simbólica cumplida por el pene. La histérica se siente injustamente privado de él y culpa de esto a la madre. La histérica vive sintiéndose no habiendo recibido todos los testimonios de amor por parte de la madre.

Psic. ¿Por qué si estás segura de lo que quieres para ti, has permanecido durante un año con esta relación informal con Julio?

Pc. *“Mi mamá no aceptaba a Julio cuando era mi amigo. No le gustaba que nos juntáramos. Sí ahora supiera la relación que tengo con él seguro me pediría que lo dejara. Yo me metí al Facebook de Julio y vi cómo es su novia y yo creo que soy mejor que ella, pero él no me quiere a mí”*.

Psic. ¿Piensas seguir en esta relación con Julio?

Pc. *“A mí me gusta mucho él, extraño su forma de ser conmigo antes y cómo hablábamos, pero él no me quiere. Me dijo que si quería ser su amante”*.

Psic. Pero estás en una situación con Julio similar a la de tu mamá con tu papá, sólo que tú eres la amante.

Pc. *“Lo sé, pero ya no quiero seguir, eso me ha estado ocasionando muchos problemas y no sé qué hacer”*.

**2. Analizar los rasgos estructurales y sus manifestaciones clínicas en un caso de histeria femenina.**

El sujeto histérico presenta una inclinación favorable a los síntomas de conversión.  
La mente sufre y el cuerpo lo resiente.

Psic. ¿Cómo te has sentido en esta situación con Julio?

Pc. *“Estoy bien. Mmmmm. Bueno estoy bien, pero no he podido dormir bien y me choca porque luego me estoy durmiendo en el salón de clases o me he sentido muy cansada en el lugar donde hago mis prácticas. A veces no duermo bien por estar pendiente de lo que sube al Facebook. A veces le pregunto cosas y siento que me ignora, creo que él sólo quiere sexo conmigo y no mi amistad”.*

Psic. ¿Por qué será que te mantienes pendiente de alguien que ya te dijo que no quiere nada más que ser tú amante y que te lo demuestra con hechos?

Pc. *“A veces me quedo platicando por el celular hasta muy noche con Julio. Sólo que últimamente ya no me responde tan rápido como hace meses. Ahora se tarda mucho en responder. No sé por qué hace esto, yo siempre le respondo de inmediato y él a mí no”.*

Psic. Si sientes que tus padres no aprobarían esta relación y tú misma dices que quieres tener una relación formal ¿Por qué continúas en medio de esto que te hace pasarla mal?

Pc. *“Una vez me quedé esperando un mensaje de respuesta de Julio por dos horas y yo estaba muy mortificada porque pensé que de seguro estaba hablando con su novia.*

*A veces quisiera no sentirme mal, pero él ya me dijo que no me quiere a mí, que quiere a su novia”.*

Otra ocasión llegó la paciente a sesión algo angustiada y dijo lo siguiente:

Pc. *“Me siento mal. Me duele mucho la cabeza y siento que sufro de jaquecas. No sé si sea migraña”*.

Psic. ¿Desde cuándo sufres esos dolores?

Pc. *“Hace una semana supe que un amigo de Julio le pregunto a mi amiga por mí. Después otro día fui con mi amiga a visitar a unos amigos y ahí estaba Julio y su amigo, que antes había preguntado por mí. Ese día Julio me ignoró y me saludo de lejos con la pura mirada, luego me evitó. Yo sentí que todos se habían dado cuenta de que ni me peló. Luego Julio se fue porque a ver a su novia. Yo no resistí pero no me pude mover porque sería obvio que iba a despertar sospechas si me iba, luego, así me quedé un rato más, pero no me sentía nada bien. Entonces el amigo de Julio se me acercó y me dijo al oído que si me podía ver en donde yo ya sabía a las 2 de la mañana. Me sentí muy mal y no le dije nada. Desde entonces me siento mal. Unos días me duele el estómago, otros la cabeza. A veces me han dicho mis compañeras que me veo muy pálida y yo me siento cansada, sin ganas de ir a ningún lado”*.

Psic. Es claro que ya todos saben de lo que adoleces ¿Por qué no darse cuenta que lo que estás viviendo te está originando sentirte tan mal? ¿Qué te cuesta dejarlo?

Pc. *“Yo lo quiero a él, pero él a mí no, sólo me usa para eso”*.

La sospecha que le provocaba mayor angustia había salido a la luz. Finalmente la paciente supo que ser descubierta en su relación informal con Julio había sido real.

Psic. Anteriormente habías dicho que no querías que se supiera de tu relación con Julio por temor a traicionar a tus familiares y amigos. ¿No crees que la traición te la

ocasionaste tú misma? ¿Por qué seguir viviendo esperanzada de alguien que no te quiere? ¿Qué hay de eso que tu querías tener una relación formal?

Pc. *Lo sé, pero no sé cómo dejarlo. No quiero que se quede con ella (con su novia de Julio) Lo odio, por qué me hace esto a mí, yo era su mejor amiga.*

Psic. Sí, pero quién te dijo que a los amigos se les dan favores sexuales.

La paciente finalmente entro en conflicto con la cuestión del deseo histórico:

Tener o no tenerlo.

Pc. *“Una compañera de las prácticas me dijo que estaba muy sensible. A veces estoy sentada y de la nada empiezo a llorar. Más bien se me salen las lágrimas. Además me dijo que era muy maternal y me dio mucho coraje que me dijera eso”.*

Jöel Dor refiere que una de las funciones de la histeria es que se pone al servicio del otro, lo que para ella equivale a mostrarse. En el caso de la paciente esta forma de querer ser para el otro se vio truncada, no cumplida en su comitiva, pues siempre se mantuvo oculta ante los demás, lo que le generó cada vez mayores angustias.

El histérico se inviste como un ser desvalorizado e incompleto. Un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser. Esto es precisamente lo que la paciente trata de mantener oculto ante la mirada de la madre, volver a ser una vez más un objeto de decepción ante la madre como cuando acepto no tener el falo que la madre deseaba.

Aquí se despierta una angustia severa por lo que la madre representa para la paciente. Ella sabe que la decepción ante la madre va por partida doble. Haber decepcionado por no haber aprendido ser lo que la madre esperaba de ella ante una relación y la culpa de no haber podido decirle lo que supo de su padre y la amante.



Psic. Es necesario que tú te des cuenta que estas ocupando el lugar de la amante con Julio.

Pc. *“Es que no sé cómo dejarlo ir, no quiero herirlo”*.

Psic. Si permaneces junto a él la que va a seguir siendo herida eres tú.

Mientras el Otro corra detrás de un objeto semejante, el histérico podrá mantener el fantasma de su identificación fálica. (Jöel Dor, Psicoanálisis y estructura 2010)

Psic. ¿Por qué crees que no podrás dejarlo algún día?

Pc. *“Porque yo lo merezco. No me importa que tenga novia, además ya la vi y yo soy mejor que ella. La vi y está equis”*.

La relación con el sexo en la histeria femenina: El ideal al que el histérico rinde un sacrificio, sin condiciones. (Jöel Dor)

Encontramos con esto que la paciente se ve entrando en el papel de dejarse someter a cambio de sexo. El sexo con Julio es lo que la mueve, pero lo que la hace no poder disfrutar ni siquiera de eso es su conciencia moral. Ahí se vive el verdadero duelo de ella.

Como una coincidencia llega a tener mayor presencia en la vida anímica de la paciente Braulio, un amigo de la hermana de la paciente que se siente atraído por la paciente. Su desfachatez le sirve para capturar la atención de la paciente.

Pc. *“El amigo de mi hermana me dijo el otro día que por qué una mujer tan bonita como yo andaba saliendo con un pendejo como Julio, si tiene su novia desde hace mucho, no me gustó que me hiciera esa pregunta, pero creo que tiene razón, mi hermana se lo dijo.”*

La mujer histérica mantiene la secreta esperanza de alcanzar la cima de la perfección. La puesta a prueba del narcisismo común en todos. Con la llegada de Braulio la paciente tuvo un retorno al mundo de sentirse deseada por otro. Le reforzó con sus comentarios aquella incertidumbre de alejarse de quien no le daba todo de sí para sentirse segura.

Pc. *“El otro día me sentía muy mal porque mi amiga, que es prima de Julio me estuvo buscando para que saliéramos juntas y me llevo a un lugar en donde estaba Julio y otro amigo. Ellos estaban tomando y nos dijeron que si queríamos tomar y yo de inmediato dije que no tenía ganas. Mi amiga dijo que tampoco ella. Luego ellos sirvieron unos vasos de wisky y nos dijeron que si jugábamos a las cartas y yo tampoco quise. Luego mi amiga me dijo que porque andaba de ñoña y yo no le contesté. Luego se empezaron a poner pesados y como yo traía la camioneta de mi papá me fui para mi casa. De rato mi amiga me llamó y me dijo que si quería ir a dar una vuelta con ella y con Julio y le dije que ya no quería salir. Luego me insistió y le dije que sí. Cuando salí ahí estaban los dos en la camioneta de Julio y me subí, luego sonó el teléfono de mi amiga y dijo que ya se tenía que meter. Yo sospeché y les dije que primero me dejaran a mí, Julio piso el acelerador y volvió a casa de mi amiga y la dejó. Luego le piso y me dijo que yo era muy mamoncita. Le dije que no era nada. Luego él me dijo que si lo hacíamos y yo le dije que no, porque yo tenía novio y de volada me fue a dejar a la casa y se fue muy recio que temí que se dieran cuenta mis papás de eso. Me siento bien porque desde hace dos semanas de eso que no lo he vuelto a ver y me borró del Facebook. Una amiga de la escuela me dijo que era porque él me quería. Pero yo pienso que nunca me quiso y que más bien está enojado porque ya no pudo salirse con la suya conmigo”.*

Psic. ¿Cómo te has sentido?

Pc. *“Me he sentido bien. Pero también siento un poco de cargo de conciencia porque le dije a Julio una mentira. Le dije que tenía novio, pensando en Braulio, pero él ni es nada mío, pero use su imagen y me acordé de lo que me dijo y de ahí me agarré para decirle eso, pero no me siento muy bien de haber dicho mentiras”.*

Ese mismo día pude darme cuenta que tras sentirse alejada de Julio, la paciente se esforzó un poco en tratarse de ver mejor. Se vistió y se maquilló con ganas de sentirse mejor, sin embargo también se seguía esforzando en no disfrutarlo del todo.

La histérica es su propio juez tiránico hacia el umbral de la perfección. Nada le será suficiente para borrar las imperfecciones y los defectos. La histérica vive en una indecisión permanente.

Después de un largo periodo vacacional, vi a la paciente luego de casi un mes y medio desde la última vez.

Pc. *“Mmmm, ¡ay! (suspiro) No sé qué decirle. Me siento bien. Ya hace mucho que no veo a Julio. Me la pasé con mi familia acá en Monterrey. Vino mi papá y mi mamá con mi hermano y aquí se la pasaron en la casa conmigo y con mi hermana. Estuvo padre que vinieran. Me gustó no ir a... (su ciudad)”.*

Psic. Qué bueno Paty. ¿Qué más hiciste? Fueron muchos días de vacaciones, ¿qué más me puedes contar?

Pc. *“Tuve relaciones con Braulio, el amigo de mi hermana. No sé cómo sucedió pero lo hicimos. Estábamos tomando vodka y cuando mi hermana se fue a dormir nos quedamos solos. De pronto me besó, me agarró por sorpresa y me besó. Yo no pude hacer nada. Pero de pronto llegamos a mi cuarto y lo hicimos con protección”.*

Psic. ¿Qué tal te sentiste con Braulio?

Pc. *“Bien. Es decir equis. No sé jijiji (apenada se ruborizó). Él quería y yo andaba pasada de copas. Bueno los dos queríamos, pero él tiene novia y nada que ver. Me dijo que se sentía mejor platicando conmigo que con mi hermana y no sé”*.

Psic. Creo que debes darte cuenta que se está repitiendo la misma situación de inicio con Braulio como te sucedió con Julio.

Pc. *Sí. Lo pensé por un momento, pero nada qué ver. Es decir, creo que no voy a seguir nada con Braulio, porque ¡claro que no!*

Psic. ¿Él también es de la misma ciudad que tú y que Julio?

Pc. *Sí.*

Psic. Ahí tienes otra similitud más. ¿Alguna vez pensaste salir con algún chico de acá de Monterrey, de tu escuela o por dónde vives?

Pc. *“Sí lo he pensado, pero no. Por ahora me da güeva. Además no quiero nada por ahora. De hecho ¿sabe? cuando lo estábamos haciendo, por un momento entre las sombras vi a Julio en lugar de Braulio. No sé, se me figuro y creo que también le dije Julio a Braulio, pero no se dio cuenta Braulio de eso”*.

Psic. Pensé que ya habías comprendido el riesgo de darle “chance” a un amigo. Además por lo que me cuentas creo que Braulio también pertenece a ese círculo de amistades de tu ciudad. Pareciera como si quisieras volver a experimentar las mismas situaciones que sentiste cuando estabas relacionada con Julio.

Pc. *“No. No quiero que pase nada de eso. Le prometo que ya no lo voy a ver. No quiero pasar a sentir lo mismo. Me sentí tan mal”*.

Psic. Bueno, en realidad no pasó nada malo. Pero es necesario que sepas el riesgo que implica no darse cuenta que se está repitiendo la misma situación en forma muy similar. Un amigo con novia, de tu misma ciudad, que frecuentan a las mismas personas conocidas, puedes vivir el mismo riesgo y con la misma gente.

La verdad de lo que vive la paciente trata de salir a como dé lugar de su cuerpo, por más que ella lo quiera evitar esto no puede evitarse.

Después de que la vi ese día, volvió a ausentarse por un periodo prolongado de tres semanas sin justificar su ausencia.

El problema de la vacilación culmina con la elección de un compañero amoroso. La histórica no cuenta con un criterio ideal de garantía. Se tortura más en sus asuntos amorosos. Joel Dor se refiere a que la mujer histórica atraviesa por una economía del deseo, su constante permanecer insatisfecho.

Cuando volvió finalmente a su consulta se veía hinchada de sus mejillas. No estaba maquillada y se volvió a vestir sin demostrar un esfuerzo por verse bien. Curiosamente comentó:

Pc. *“Me siento bien en mi desempeño de la escuela. Parece que voy por el primer lugar de mi grupo. Pero he tenido problemas en donde estoy haciendo mis prácticas porque me están llamando mucho la atención. También me he sentido mal. Creo que estoy bulímica, porque ya van dos semanas que a veces devuelvo lo que como. Como que no me está cayendo bien. No sé. Me siento gorda”*.

Psic. Me habías comentado anteriormente que estabas yendo al gimnasio, ¿qué hay de eso?

Pc. *“Si voy todos los días una hora. De hecho me ha servido porque desde que voy ya puedo dormir mejor, antes no podía dormir bien. Y la comida no sé porque me cae mal. Como bien. O sea hago mis comidas bien”.*

Aquí es donde le damos lugar a las reacciones por lo aprendido de la paciente en tratamiento, situación que juega un papel importante para ella. Le cuesta asumir y sufre al aprender.

### **3. Analizar los avatares de la transferencia y su repetición en la elección de objeto.**

Veamos como los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Pc. *“Tenía una agenda ya muy vieja y usada. Ya no tenía un espacio en donde escribir, pero a mí me gusta mucho. Mi hermana me regaló otra agenda y me regañó porque no he dejado de usar la agenda vieja. La llevo a todos lados”.*

Psic. ¿Por qué te gusta tanto esa agenda si ya no la puedes utilizar más?

Pc. *“Me gusta porque me la regaló Julio. No sé, está muy vieja y usada, pero me gusta conservarla”.*

Psic. ¿Es decir que quieres andar cargando con el recuerdo de Julio?

Pc. *Es que como ya hace más de dos meses no lo veo y como me borró del Facebook, pues lo extraño. En verdad si siento que lo voy a extrañar.*

Psic. Entonces tú crees que si cambias la agenda podrías cambiar de parecer y dejar atrás tu experiencia con Julio y podrías darle oportunidad a alguien más.

Pc. *De hecho la agenda de mi hermana está más bonita que ésta.*

Psic. ¿Eso significa que le puedes estar dejando lugar en tu corazón a alguien más o crees que sólo Julio merezca ese lugar?

Pc. *La verdad hay alguien más. Es de mi misma ciudad. No conoce a Julio, pero sí conoce a mi amiga (la prima de Julio). Sólo que él vive en San Antonio, Tx. Pero viene muy seguido a acá. Apenas lo estoy conociendo.*

La mujer histérica está llena de dudas, de lo que ve y de lo que sabe. Jöel Dor habla del fantasma totalitario de la mujer histérica. “O se sabe o no se sabe nada”. La histérica es el juez y sensor más despiadado ante los demás.

En su lucha por comprender lo qué le estaba sucediendo en su cuerpo y en su mente reflejaba mucha angustia. Se esforzaba por comprender por qué no podía ser la elegida de Julio. Así también se esforzaba por demostrar ante mí que deseaba aprender. Como la ocasión que llegó ante mí con un libro de psicoanálisis en sus manos.

Pc. *“Me recomendaron este libro, no sé quién. Pero apenas lo acabo de comprar esta semana en la feria del libro. Nunca había ido, pero fui con mi hermana y lo compré”.*

El libro era el de Tótem y Tabú de Sigmund Freud, un libro que a semanas de iniciar su análisis le sugerí que buscara en la biblioteca en un momento que me pidió angustiada que le recomendara algo que leer porque no tenía muchas referencias por parte de sus maestros. Ella quería aprender acerca de las relaciones sociales y la familia. Creí conveniente sugerir ese título para lo que preguntaba. Es claro que al negar ante mí reconocer quién le había recomendado tal texto me estaba dando una señal acerca de lo que sentía hacia mi persona por aquellos momentos donde estaba reflexionando acerca de su ruptura con Julio.

Para ella era sumamente angustiante que alguien le hiciera un comentario acerca de su manera de efectuar sus tareas, alguna corrección o simplemente que le hicieran sentir mal al exponerla ante los demás sobre un trabajo mal desempeñado. No le daba cavidad al error. No quería tener fallas. Como la vez que platicó acerca de una maestra de la

preparatoria que le daba la clase de Química. Esta maestra le recordaba a su madre por lo enérgica que era a la hora de evaluarla.

Pc. *“Esa maestra me recordaba a mi mamá. Ella fue la razón por la que yo pedí mi cambio de escuela a mitad de la prepa. Sabía que me tocaría de nueva cuenta el siguiente semestre y le avisé a mi mamá si me podía ayudar a pedir mi cambio de escuela. Ella no estuvo muy de acuerdo pero me apoyó”*.

Otra ocasión contó que dos supervisoras de sus prácticas le llamaron para decirle que no estaba archivando bien los expedientes de algunos pacientes y tuvo que solicitar su cambio de propedéutica.

Psic. Ya van varias veces que te alejas de un lugar donde alguna indicación te hace sentir incómoda en tu estancia y solicitas un cambio. Yo creo que en ese momento que te sientes mal, tú piensas en lo que te conviene a tus intereses para sentirte bien y solicitas tu cambio y lo obtienes sin dificultad. Así mismo creo que deberías pensar en tu situación ante la relación incómoda que vives con Julio, siguiendo el curso de lo que te interesa para tu beneficio, así deberías intentar moverte de ese lugar en el que estás en medio de una relación que te genera mucho conflicto y buscar lo que deseas: Una relación formal.

Haciendo uso de la reflexión se ausentó durante dos semanas y muy segura de sí misma dijo:

Pc. *“Creo que si es mejor dejar a Julio atrás. Le voy a dar la oportunidad al chico de San Antonio para ver qué pasa. Es guapo y me gusta mucho como escribe. Tenemos intereses en común”*.

Jöel Dor habla acerca de que el compañero soñado para la histérica es aquel “extraño” que se mantiene en la realidad de ella a una distancia importante de ella.

Para la paciente era muy importante fijar su atención al joven de San Antonio porque casi no lo veía. Hablaban poco por internet y se veían poco. Así como esto, también la



relación conmigo durante la sesión se empezó a pausar. Su distanciamiento trataba de interpretarlo como algo que ella estaba sintiendo en su afecto.

Psic. ¿Qué tal te ha ido con el joven de San Antonio Paty? Hace dos semanas que no venías, ¿qué ha pasado?

Pc. *“Nada, he estado mejor. De hecho ya no hablo casi nada con el chico éste. Pasó una situación con él y salimos un día con unos amigos de él. Todos se portaron muy bien conmigo, pero él se portó fatal. Fuma marihuana y le gusta mucho beber. Cuando ese día llegó por mí me di cuenta que ya había estado tomando desde antes. Fuimos a cenar con sus amigos a un restaurante y ahí empezó a insultar al padre de la iglesia. Habló de más y sus amigos se sintieron incómodos con él y nos dejaron solos. Yo le pedí que me dejara en la casa. No se me hizo muy padre escuchar lo que decía. De hecho a mí ni me gusta ir a la iglesia, pero si me hizo sentir muy incómoda con la gente”*.

Psic. Entonces ya no has salido con él. ¿Qué piensas que sigue para ti?

Pc. *“¡Ay! Tengo un amigo en la facultad. Es muy bueno, muy dulce y sé por una amiga en común que acaba de terminar con su novia. Creo que yo le gusto. Bueno lo sé porque se lo dijo a mi amiga. Pero no sé. Es muy pronto. Pero creo que voy a seguir platicando con él. Me gusta mucho la música que escucha y ya me ha regalado algo de música. Yo no sé qué regalarle. Hablo mucho con él por el chat”*.

Psic. Finalmente parece que encontraste alguien que no pertenece a tu ciudad natal.

Pc. *“Sí. Me siento muy contenta con él. Y sí me gusta mucho. A ver qué sucede. Ya los dos vamos a salir de la facultad este semestre y no sé. Yo tengo pensado regresar a mi ciudad. Pero él me dice que si me puede ir a visitar o que venga más seguido yo acá”*.

Debido a que se acercaba su fin de cursos y de la carrera, le empecé a plantear que había la posibilidad de que diéramos por terminado el tratamiento en las vísperas de su graduación y al escuchar esto empezó a lagrimear sin poder contenerse. Sin embargo no se sintió mal. Le pregunté cómo se había sentido al final de su tratamiento y esto dijo:

*Pc. “Yo no creía en esto del psicoanálisis. Cuando llegue aquí no me imaginé que podía hablar con usted de tantas cosas. Creo que me hizo creer en el psicoanálisis y no descarto poder hacer una maestría en clínica psicoanalítica, aunque yo soy del área conductual”.*

Durante las últimas tres sesiones la paciente comentó que aún no había establecido una relación con el último chico, su compañero de la facultad, pero que todo iba bien. En esas tres últimas sesiones trataba de no perder detalle de mencionar por las que había pasado y que estaba muy contenta con la forma en que se sentía. Ya no hablaba nada de su relación con Julio, punto importante de su análisis. Se pudo notar al final de todo que la paciente abandonó la idea de permanecer en el mismo lugar y sus últimos intentos de relacionarse con alguien le permitieron notar que se movió del sitio que le provocaba mayor angustia. La última sesión sin necesidad de nada más que un fuerte apretón de manos, ella lloró en silencio su separación del tratamiento y me mostró con una sonrisa la gratitud por estar ahí apoyándola en el transcurso de su análisis.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES

#### SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

En este caso sobre una paciente femenina se pudo observar que desde el inicio del tratamiento presentaba un cuadro común de histeria de conversión cuya sintomatología se fue presentando en el transcurso de las sesiones.

Parte del qué hacer psicoanalítico es prestar atención al discurso de la paciente, pues ahí se empezaron a detectar el origen de algunos síntomas que presentaba y que se manifestaban con claridad en su cuerpo. En cierta forma, el uso del lenguaje y el tono de voz al expresar sus experiencias fueron un complemento de gran utilidad para determinar que se trata de un caso relacionado con la histeria.

La descripción inmediata de dolores de cabeza y la presencia de algunos otros cuadros sintomáticos tales como: malestares físicos, desorden alimenticio, asco, pocas ganas de socializar, temores, llorar en público sin un malestar aparente, por mencionar algunos eran frecuentes en ella. También aparecen de manera inmediata la revelación de ideas ante posturas impuestas por gente superior en rango lo que le generaba discusiones sin sentido. Discutía con compañeros de actividades o en ocasiones, lo contrario, no podía defender su postura a falta de argumentos lo que le generaba impotencia y falta de ganas de volver a ir al punto de encuentro de los lugares donde le pedían que corrigiera sus errores. Todo esto le quitaba el sueño y por la misma situación perdía las ganas de ir a la escuela o a su centro de prácticas por cansancio sin comprender porque le sucedía esto tan seguido. Sentía la imposibilidad de poder enfrentar el mayor temor que le aquejaba desde hacía tiempo: el quedarse sola sin su objeto de amor.

Otra parte de los síntomas histéricos se detectaron a través de los silencios de la paciente. Sus movimientos y las manifestaciones físicas vuelven a presentarse ante el ojo clínico del analista. Evitaba hablar de sus relaciones afectivas al principio de su sexualidad frustrada por una relación que deseaba ignorar que le fuera negada

afectivamente, pero que a la misma vez cedía bajo condiciones de situaciones que la obligaban a traicionar su moral. Durante momentos se volvía agresiva al reconocer si su madre supiera que era utilizada como objeto sexual por un sujeto que no era bien visto por su familia. Los dolores de cabeza eran frecuentes, las ganas de llorar también, sufría en silencio pero con la ayuda del análisis le empezó a llamar a las cosas por su nombre lo cual fue de gran ayuda para la realización de intervenciones oportunas que le solventaron las dudas de su ignorancia.

Contar con un recurso teórico como el expuesto por Freud y Jöel Dor fue de gran utilidad para detectar aquellos rasgos de la estructura histérica presentados por esta paciente.

Una ventaja para el análisis de esta persona fue que demostró un gran interés en el trabajo analítico. Se esforzaba en comprender las interpretaciones. Aunque al inicio de su tratamiento estaba muy deprimida y atorada en un pesar moral que le angustiaba; no fue tan complicado ayudarla, pues contaba con recursos suficientes para ejercer el trabajo analítico.

No fue fácil. Al principio también hubo la presencia de algunas situaciones propias del análisis que le generaron resistencias a la paciente. Sus dolencias le hacían en ocasiones mantener cuidadosamente ocultas las experiencias clave que denostaban el origen de su padecimiento. También hubo periodos de distanciamiento precisamente cuando se presentaban las confrontaciones más directas hacia su problema.

Una voz tenue y entrecortada exigían mayor atención para poder comprender su discurso, sólo así había la posibilidad de realizar una intervención más directa hacia la paciente o cuestionarle de manera más directa, pues era necesario dejar en claro todo lo que generara dudas al analista respecto a su forma de llevar la vida y su relación de pareja. A cuenta gotas se fueron viendo los cambios en ella al principio. La dinámica del análisis le permitió reconocer que entre más información brindara en el análisis mayor era la forma de reconocer sus desdichas y las virtudes con las que contaba como mecanismos de defensa y a su vez, reconocer que podía hacer uso de ellos para solventar la dinámica de su quehacer diario esto fue crucial para mejorar las condiciones de su tratamiento y observar un cambio positivo.

Parte crucial para el tratamiento con ella fue detectar la relación triangular edípica que le daba forma a su personalidad histérica. Los temores y las ansiedades manifestadas en ella daban cuenta de cómo se posicionaba subjetivamente ante los demás, principalmente en su relación de pareja. Analizar sin censura la presencia de su sintomatología fue determinante para poder contener sus malestares; en el discurso y en sus reacciones transferenciales lo daba todo para comprender la relación de objeto en ella.

A fin de cuentas un trabajo analítico profundo permitió que la paciente fuera dando muestras de su aprendizaje en él, en ocasiones a través de la repetición elaborada por ella para poder distinguir lo que la hacía sentir mal. En otra situación uno pudiera no darse cuenta que en su malestar están ocultos los medios que le permitirían mejorar sus condiciones de vida. El objetivo principal era solventarle esa desventaja y llevar a su conciencia todo lo que le generaba sentirse mal y que ella no reconocía.

## CONCLUSIONES

La realización de este estudio de caso clínico permite conocer el abordaje psicoanalítico ante una neurosis histérica. En él se reconocen los síntomas presentados en una paciente femenina de 21 años y la labor técnica del análisis basada en la teoría de Freud y complementada en su mayoría con el trabajo realizado por Jöel Dor.

El desglose del trabajo expuesto en Freud por parte de Jöel Dor, permitió con mayor facilidad dar el reconocimiento de la estructura histérica, su sexualidad y su postura subjetiva ante los demás.

En el caso particular de la paciente aquí analizada dio referencia que la postura histérica no está sometida a una sola dinámica, existen otras cosas que caracterizan su presencia en la psique de una persona.

Reconocer que para la histeria femenina el lugar del Amo es fundamental para sus relaciones subjetivas dio lugar a que se comprendiera que estancarse en un ideal no es fundamental para la histérica. (J. Dor)

Jöel Dor hace referencia a varias señas particulares de la dinámica histérica en base al trabajo realizado por Freud y que se pueden ver como se cumplen en la personalidad de esta paciente, poco a poco van apareciendo conforme se incrementa la recopilación de datos a través del discurso mismo de la paciente. Gustos, discriminaciones, uso del cuerpo, del lenguaje, antecedentes de la propia historia, reflexiones de la vida de sus figuras de identificación, forma de escoger sus amistades, repeticiones en la forma de escoger el objeto de amor ideal, comportamientos, forma de guardar secretos y representar su quehacer como mujer, sus deseos cambiantes, el rompimiento de patrones en la dinámica de elección objetal, etcétera.

El conflicto moral y el temor de la paciente la estaban angustiando al grado de hacer de ella una persona insegura de sus capacidades. Al inicio sus creencias la imposibilitaban para distinguir qué decidir hacer para conseguir cumplir sus deseos. El objeto de amor ideal fue removido en la dinámica después de repetir una y otra vez en la elección del objeto. Hacer uso de la reflexión con frecuencia y repetir sus discursos bajo

una intervención oportuna de señalización dieron un giro de 180° en la forma de sentirse satisfecha consigo misma encontrando la forma de fortalecer el ideal del yo de la paciente. Darse cuenta de sus capacidades y sus errores le fueron suficientes para comprobar que el análisis les permitió modificar la toma de decisiones sin abandonar la postura histérica que la caracteriza como persona. La histeria le otorgó una dinámica de defensa para pararse con mayor confianza ante la sociedad, sin embargo se demostró con seguridad que el avance en su análisis no significaba que abandonaría la postura histérica, sino que aprendería a vivir con ella teniendo la ventaja del conocimiento consciente a su favor. Durante un tiempo se detectó cuánto le costó a la paciente demostrar su propia personalidad y darle lugar a su propio criterio.

A través de mi formación en esta maestría me di cuenta que me faltaba vivir la experiencia práctica de la labor como psicoanalista. Más allá de la forma en que se llevó a cabo esta dinámica con la paciente, fue poner en práctica lo aprendido en la técnica del psicoanálisis. Gracias a esto pude darme cuenta que para comprender al paciente no es necesario darle la razón, sino conseguir abrirle los ojos de la conciencia a través de sus mismos actos y haciendo uso de sus propias palabras. Ahí está todo ya. Detectar los rasgos de la neurosis es en gran parte el objetivo del analista frente a su paciente.

Al paciente no solo se le deja hablar, a veces hay necesidad de preguntarle con determinación las dudas propias de su discurso, pues la finalidad como dije antes, es conocer de él, saber qué hacer para ayudarlo en su problemática para fortalecer sus capacidades y que aprenda a vivir con eso a costa de su propia experiencia.

## Bibliografía

- Clínica bajo transferencia. Ed. Manantial. Argentina. Pág. 78. (1985)
- Cottet, S.: (1984) “Entrevistas preliminares” en Acto e Interpretación. Ed. Manantial. Argentina. Pág. 98.
- Deutsch, F. y Murphy, W. F., The Clinical Interview, Int. Univ. Press, 1955.
- Dor, Jöel: Estructura Clínica y Psicoanálisis (2010)
- Dor, Jöel: Estructura y Perversiones (1987)
- Freud, S: Estudios sobre la histeria, (1895) Biblioteca Nueva
- Freud, S: La etiología de la histeria (1896) Biblioteca Nueva
- Freud, S: Análisis fragmentario de una histeria (1901) Biblioteca Nueva
- Freud, S: El método psicoanalítico de Freud. Biblioteca Nueva (1912)
- Freud, S: La Iniciación del Tratamiento (1913).
- T.2. Biblioteca Nueva, 3era. Ed. Madrid, Pág. 1664, 1661,1672.
- Garrett, A. M, Interviewing. Its Principles and Methods, Family Welfare Association of America, Nueva York,1942.
- Gelbman, F. R , “An Experimental Study of the Initial Interview”, in psychiatry Practice, Int Univ. Press, Nueva york,1954.
- Hamilton, G., Teoría y práctica del trabajo social de casos, La prensa Médica Mexicana, México, 1960.
- Kahn, R. L. Y Cannell, “The Dinamics of Interviewing” J. Wiley, 1957
- Lagache, D., “El problema de la transferencia” Rev. Urug Psic., 1.3 y 1.4. 1956
- Lacan, Jaques: Seminario 22
- Laplanche, J. Pontalis, J.: Diccionario de Psicoanálisis: (1994)
- Miller, J.-A.: (1999) Introducción al Método Psicoanalítico. Ed. Paidós. Argentina. Pág. 306.
- Nunberg, H., “Interrelación psicológica entre médico y paciente”, Revista Psicoanalítica, 8, p. 3, 1951.
- Racker. H., Estudios sobre técnicas psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires,1960.



Ristich de G. M., La locura a través de los siglos. (Ed. Bruguera)

“El abuso de la interpretación”, Rev. Psicoanálisis, V, 1947-1948.

Stevenson, I., “The Psychiatric Interview”: Arieti, S., American Handbook of Psychiatry, cap. 9, Basic Books, Nueva York, 1959.

Sullivan, H. S., The Psychiatric Interview, Norton, Nueva York, 1954.

Ulloa, F., “Entrevista Operativa”, Ficha Dep. Psicología, Buenos Aires.

Van Dyke Bingham, W, y Moore, B. V., Cómo entrevistar, Rialp, Madrid, 1960.

Whitehorn, J. C., “Guide to Interviewing and Clinical Personality Study”, Arch. Neurol. and Psychiatry, 52, p. 197, 1944.

Quetel C. y Postel Jaques. Historia de la psiquiatría (FCE 1990)