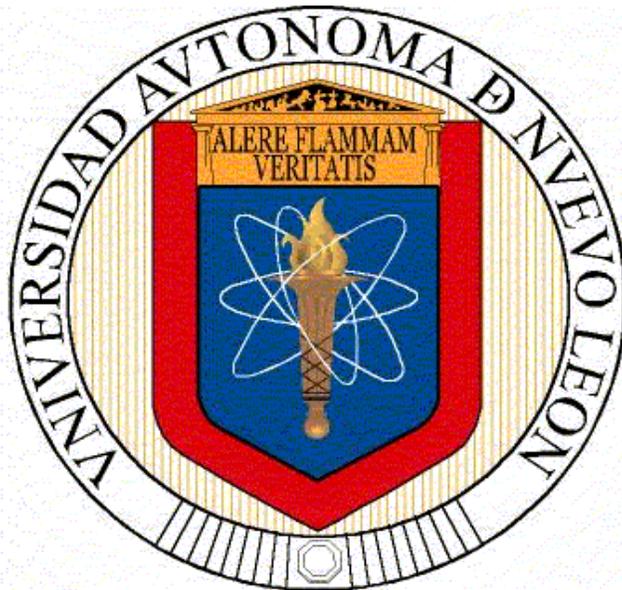


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE POSGRADO**



TESIS

**ESTA MUJER QUE ESTA AQUÍ NO SOY YO:
EL MUNDO DE UNA NEUROSIS DE HISTERIA EN EL RETORNO
DE LO REPRIMIDO MANIFESTADO EN UNA CONVERSIÓN**

**PRESENTA:
REYNALDO CONTRERAS OCAÑAS**

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

MONTERREY, NUEVO LEÓN JUNIO 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE POSGRADO**



**ESTA MUJER QUE ESTA AQUÍ NO SOY YO:
EL MUNDO DE UNA NEUROSIS DE HISTERIA EN EL RETORNO DE LO
REPRIMIDO MANIFESTADO EN UNA CONVERSIÓN**

**TESIS
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA CON ORIENTACION PSICOANALITICA**

**PRESENTA:
LIC. REYNALDO CONTRERAS OCAÑAS**

**DIRECCION DE TESIS:
DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

JUNIO 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE POSGRADO**



**ESTA MUJER QUE ESTA AQUÍ NO SOY YO:
EL MUNDO DE UNA NEUROSIS DE HISTERIA EN EL RETORNO DE LO
REPRIMIDO MANIFESTADO EN UNA CONVERSIÓN**

**TESIS
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA CON ORIENTACION PSICOANALITICA**

**PRESENTA:
LIC. REYNALDO CONTRERAS OCAÑAS**

**DIRECCION DE TESIS:
DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

JUNIO 2014.

DEDICATORIA:

Gracias a todas esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar lo inmenso que me han otorgado.

A mi familia y amigos, constantes animadores y enseñantes

AGRADECIMIENTO:

De los que me han acompañado en este esfuerzo, muchos han estado desde antes de iniciarlo, otros fueron fundamentales para la decisión de emprenderlo y otros han ido apareciendo felizmente a lo largo del camino.

Así como a la Dra. Edith G. Pompa Gajardo por delinear mi camino de formación a través de su mirada y escucha compartiéndome su tiempo y espacio.

Como también a la Dra. Blanca Montoya Flores y el Dr. Guillermo Vanegas Arrambide, por el apoyo brindado en la supervisión del presente caso.

Y particularmente a la Mtra. Milady Vargas Comsille por el apoyo brindado en sus valiosas observaciones.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León que me brindó en esta etapa de formación académica y profesional.

A la dirección, personal académico y administrativo de la maestría clínica con orientación psicoanalítica de la facultad de psicología, por sus atenciones que tuvieron conmigo haciéndome sentir en casa.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo I	
Antecedentes.....	9
Objetivos generales.....	18
1.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 Supuestos.....	18
1.4 Limitaciones y Delimitaciones.....	19
1.5 Justificación.....	21
Capítulo II	
Fundamentación Teórica.....	23
2.1 Histéria.....	27
2.2 La Histeria en la elaboración Freudiana.....	28
2.3 El cuerpo y su relación con el síntoma conversivo de la histeria en Freud.....	29
2.4 Síntoma conversivo.....	30
2.5 La Histeria en la elaboración Lacaniana.....	32
2.6 El cuerpo y su relación con el síntoma conversivo en Lacan.....	35
2.7 Síntoma en Lacan.....	36

Capítulo III	
Metodo y diseño	39
3.1 Metodo de intervencion y procedimiento.....	43
3.2 Instumento de consentizacion.....	44
Capítulo IV	
4.1 Historial Clínico	45
4.2 Estructura Subjetiva.....	52
4.3 Contruccion del Caso.....	57
Capítulo V	
Síntesis Clínica y Conclusiones.....	65
Discusión y Conclusiones.....	68
Bibliografía.....	70

RESUMEN

El presente Estudio de Caso aborda la problemática de una Neurosis de histérica en el retorno de lo reprimido, centrándose en la dinámica existente manifestándose en una conversión, de manera entonces que se hace referencia a los aspectos característicos de esta última. Una instancia que debido a su función castigadora genera en el sujeto psíquico un sentimiento de culpa que le impide actuar conforme a su propio deseo como mujer y que en vez de eso deja sufrimiento y dolor a su paso.

Para esto, se hará uso de una reseña histórica sobre las diferentes teorías y autores que plantean los orígenes y efectos del mundo de la neurosis histérica en su estructura de conversión en la constitución psíquica del sujeto, y al mismo tiempo, la relación que mantiene con el sentimiento de lo reprimido (insatisfacción), además de exponer el análisis de un Caso llevado en la clínica, mismo que servirá para clarificar y ejemplificar dicha temática. A través del mismo se destacarán, tanto las formas de vinculación del presente caso en distintos ámbitos de su andar cotidiano como la manera en que el trabajo psicoterapéutico es realizado bajo la doctrina de la clínica psicoanalítica, por lo que su desarrollo estará matizado por las formas de intervención y técnicas utilizadas dentro del dispositivo analítico, las cuales servirán para cumplir los objetivos de lograr cambios en cuanto al posicionamiento de la paciente dentro de su estructura. Todo esto a través de categorías descriptivas que harán énfasis en momentos específicos del discurso de la paciente y de las intervenciones por parte de la clínica encaminadas éstas a la evolución del caso.

INTRODUCCION

La presente tesis es el resultado de un trabajo de esfuerzo y dedicación, que tiene como principal objetivo, aprender, entender y explicar el psicoanálisis de manera general, sin embargo ese camino de la generalidad llevo, a la complejidad que realmente representa entenderlo y aún más explicarlo, ya que el inconsciente humano, definido, como aquellos deseos, pulsiones o impulsos que la estructura del sujeto reprime, desplaza o condensa a través de sus manifestaciones y en particular de la neurosis histérica fueron el punto de partida de la teoría de Freud para curar a sus pacientes y concluir con que el inconsciente es sumamente ininteligible y subjetivo; es por eso que se alude en esta tesis a dos conceptos que detallan lo meramente inconsciente, profundo y oscuro como son la estructura de la neurosis histérica y su conversión mismos que se producen a nivel psíquico y que realizan una labor retroactiva, significativa o simbólica para la persona que experimenta estas situaciones, ya sea por la angustia, la falta o la incapacidad de poder nombrar o articular aquello que esta fuera del campo significante.

Esta tesis titulada “esta mujer que está aquí no soy yo: el mundo de la neurosis histérica en el retorno de lo reprimido manifestándose en una conversión” posiciona y focaliza, estos dos conceptos y se encuentran de manera encubierta en el caso descrito y han sido retomados por diversos autores para su análisis.

Para lograr este objetivo, la presentación del Estudio de Caso está dividida en cinco capítulos, en los cuales se van realizando entre teoría y clínica, y que son esbozados a continuación:

En el capítulo uno comienza describiendo brevemente una prospectiva general e histórica de lo que se concebía como Histeria, de cómo esta enfermedad, considerada así por varios filósofos y médicos, era un enigma su etiología y manifestaciones, ya que la causa es puramente psíquica y no orgánica, el tiempo transcurre y los psiquiatras al igual que los psicólogos aportan según sus conocimientos una definición y una posible causa.

Continúa el capítulo con la representación que el psicoanálisis hace de la ya mencionada neurosis, la define como aquellas manifestaciones inconscientes, pulsiones, impulsos o representaciones reprimidas, vueltas hacia el sujeto mismo de quien se emana, posteriormente se considerara las aportaciones de los dos iconos, sobresalientes y revolucionarios psicoanalistas de todos los tiempos Sigmund Freud y Jacques Lacan, de quienes se explica detalladamente su concepción de esta neurosis o estructura neurótica histérica y su conversión ya que cada uno la define según sus propias experiencias analizadas. Freud la considera una neurosis y Lacan como una estructura neurótica.

Así mismo, se establecen los objetivos y supuestos de los que parte la investigación, los cuales consisten en abordar la relación que existe entre la neurosis histérica de conversión y su represión así como lo que lleva en este caso de una mujer a ser insatisfecha.

Para finalizar el capítulo, se incluyen tanto las limitaciones y delimitaciones que guiaron el rumbo de la investigación, como la justificación en la cual queda plasmado el motivo por el cual se tomó dicho Caso Clínico para llevarla a cabo.

Siguiendo con el segundo capítulo, específicamente se conduce al lector hacia un acercamiento a las distintas teorías que han tocado la temática planteada. Es así como se hace un recorrido desde autores clásicos de la teoría psicoanalítica como lo es Freud quien consideraba que en cada caso era preciso reinventar la teoría. Ello puede entenderse así: en psicoanálisis el diagnóstico no es un punto de partida sino un punto de llegada

Hacia el tercer capítulo de la investigación, lo que se pretende es seguir avanzando en la construcción del Estudio de Caso presentando ahora los elementos que se combinan en el abordaje de dicha temática dentro de la clínica. Por lo tanto, se enuncian los componentes del dispositivo analítico, el encuadre analítico y el proceso analítico, para después dar paso a la presentación de las técnicas y estrategias de intervención, tomando siempre como base que estamos frente a una investigación de tipo cualitativo.

Lo que se logra plasmar en el capítulo cuarto corresponde al Estudio de Caso Clínico propiamente dicho; es el capítulo en donde teoría y práctica pasan a formar un tema crucial para su elaboración. Se divide en tres apartados, iniciando con la exposición del Historial Clínico, en el cual se pretende que el lector tenga una aproximación al Caso, brindando los elementos característicos del mismo a través de los momentos significativos del tratamiento tales como la presentación del caso, el motivo de consulta, la demanda terapéutica, la sintomatología actual del paciente y la impresión diagnóstica.

En el segundo apartado, denominado Estructura Subjetiva, se aborda lo que es el contexto familiar de la paciente, las figuras significativas que forman parte de su constitución como sujeto, el modo en que se llevó a cabo la estructuración edípica, los eventos traumáticos que fueron significativos para la historia y el perfil subjetivo que contiene las características de personalidad de la paciente.

Por último, el tercer apartado, contiene la Construcción de Caso y es donde se muestran, a través del uso de categorías descriptivas, extractos de viñetas a lo largo de todo el proceso que dan señal de lo que se estuvo abordando en otros apartados en cuanto a la teoría que abarca la temática que une la neurosis histérica su represión centrándose en una conversión, en una dinámica que va dirigiendo y juzgando el actuar del sujeto.

Finalmente, en el capítulo cinco, que está dedicado a las conclusiones de la investigación, se realiza una síntesis de la intervención, en donde se detallan la trascendencia de las categorías descriptivas utilizadas y el estado psicológico de la paciente desde que inició la consulta, así como las evoluciones que ha ido teniendo el caso en el transcurso del proceso. Y para concluir, se incluye un apartado para la discusión y conclusiones personales en donde se hace una reflexión de los motivos que llevaron a elegir dicha temática, así como las influencias tanto del trabajo clínico con el Caso como del tránsito en la maestría, a nivel personal y profesional.

CAPITULO I

*“Lo que se convierte en dolor físico
Es algo que podría haber sido dolor psíquico”.*
RCO

Dentro de la clínica psicoanalítica, la cual tiene como objetivo que el paciente asuma su propio deseo para que, a partir de eso, pueda experimentar cambios en su vida diaria, a medida que vaya cambiando su percepción y posicionamiento respecto a aquello que le aqueja; una de las temáticas de gran interés y abordaje en lo que respecta al campo del psicoanálisis es el efecto de la instancia psíquica denominada Neurosis de una Histeria de conversión, cotidianamente traducida en un sentimiento de insatisfacción sobre el quehacer cotidiano de las personas. La cual, en la medida en que actúa sobre el psiquismo, irrumpe a cada momento en el deseo que busca salir a la luz, dando por resultado la represión y la sensación de no ser dignos merecedores de aquello que se busca.

Por lo tanto, desde los inicios de la historia del psicoanálisis, y conforme éste iba extendiendo sus teorías y aportaciones a partir de lo observado en la clínica con pacientes, distintos autores se han interesado en el abordaje del mismo, así como en brindar una conceptualización que brinde un panorama más amplio y posibilite nuevas formas de llevar a cabo la clínica.

1.1 ANTECEDENTES.

Al hablar de la Neurosis histérica, no se puede dejar de lado que en todos los casos el motivo de consulta es una insatisfacción. La histeria es ante todo el nombre que damos al lazo y a los nudos que el neurótico teje en su relación con otro, sobre la base de sus fantasmas, en el que encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha.

En su esfuerzo por arrancar a la histeria de las prácticas religiosas vigentes en su época, Hipócrates restó significación a la enfermedad, equiparando a la convulsión histérica con una «enfermedad ordinaria» como la epilepsia. Sin embargo, esta concepción cayó en el olvido durante la Edad Media, cuando volvió a predominar la idea de que ciertas convulsiones eran de origen sobrenatural.

Con el advenimiento de la era moderna, la histeria vuelve al ámbito de la medicina. El primer libro que rescata a la histeria de la creencia en brujerías es el de un médico inglés, Edward Jorden (1569-1632). Designado médico ante los tribunales, fue convocado para defender a una anciana, Elizabeth Jackson, acusada de haber embrujado a Mary Glover, de catorce años, víctima de ataques convulsivos (mutismo, ceguera, parálisis) acaecidos después de una disputa con la anciana. Los ataques desaparecieron rápidamente, lo cual llevó a Jorden a afirmar que estaban en presencia de una enfermedad «ordinaria», llamada «pasión histérica». (José Luis de la Mata, 2012).

Las asociaciones que surgen son: la pregunta por “¿Qué es una mujer?”; la inconformidad, la insatisfacción y el cambio de objeto. También la histeria refiere a pacientes que tienen síntomas físicos sin correlación orgánica. Se plantea a la histérica como una persona ubicada en el lugar de objeto, en ese primer lugar que tiene todo ser humano cuando nace que es ser objeto para el otro. También se plantea como aquellas mujeres identificadas al padre.

Desde los Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud, 1895 /1996) en adelante, destacándose el caso Dora (Fragmento de análisis de un caso de histeria, 1905), se suceden en Freud una serie de obras de indudable valor para comprender la histeria, en los que, entre muchos hallazgos, distinguimos: los síntomas como formaciones de compromiso entre el deseo, por un lado, y la defensa, prohibición y castigo por el otro; la incidencia del Edipo.

Freud planteo que: La represión es excesiva en la estructura de la histeria de conversión. Sin embargo, como en las demás neurosis de transferencia, también falla. Esta misma disocia siempre la carga respecto de la representación. Esta última (como representación de palabra) será en rigor lo que se reprime, al quedar despojada de su carga preconsciente, si bien mantendrá su carga inconsciente (como representación-cosa).

¿Qué sucede, pues, en la neurosis de la histeria de conversión con la carga? Que se produce, decía. Freud en 1908, ese misterioso salto de lo psíquico a lo somático, convirtiéndose (de allí lo de conversión) la carga en energía de inervación y dando lugar, en el seno del cuerpo erógeno, al síntoma conversivo.

Así mismo Freud, hablaba del retorno de lo reprimido en la estructura de una histeria en que adquiere en consecuencia esta modalidad, diferente de las correspondientes a la fobia y a la neurosis obsesiva. La conversión se halla en conexión simbólica con el conflicto que motivó su desplazamiento a lo corporal; ella preserva de la angustia, a la vez que refleja lo que la censura impide expresar en palabras. Pero lo reprimido en la neurosis de una histeria retorna además —y en especial— por medio de otro mecanismo característico: la identificación histérica (1920). Se trata de una particular forma de identificación, la cual sirve también para eludir la represión, hallándose relacionada con impulsos libidinales y agresivos inconscientes.

La identificación histérica ha sido descrita por Freud en varios trabajos, a partir de su análisis del «Sueño de la bella carnicera». Es de particular interés —y vigencia, claro está— lo que dice en el capítulo siete de *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921) Freud efectúa allí una sistematización de la identificación histérica (con el objeto amado, con el objeto rival y sin una carga de objeto). Desde Freud en adelante hay numerosos aportes sobre la neurosis de la estructura de la histeria, pero el núcleo teórico del conjunto de la obra freudiana sigue siendo de importancia fundamental para comprenderla

El estudio de la estructura histérica nos permite establecer un puente con el de la sexualidad femenina. Entiendo, como tantos otros (ya lo decía el propio Freud), que el desarrollo psicosexual en la mujer es más complejo y enigmático que el del varón.

Esto no me impide admitir que la envidia-anhelo del pene en la mujer sea a la vez fácilmente observable en la clínica psicoanalítica y que su presencia no debe extrañarnos en personalidades de estructuras histéricas, precisamente, en tanto el punto de fijación de esta organización es fálico-uretral.

La niña desemboca en el complejo de Edipo, debido a su complejo de castración, que le antecede; se aleja con rencor de su madre, sostiene Freud, por haberla gestado sin pene y se acerca al padre. Pero, ¿para qué, según Freud, se inclina hacia éste? Esencialmente, para satisfacer el deseo de tener un hijo del padre (y más tarde del hombre) que sustituya al pene recordemos la ecuación hijo-pene, descrita por Freud, Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. (1917).

La sexualidad femenina, pese a una cantidad de aportes notables a la misma de parte de Freud, puede ser el punto débil o al menos más cuestionable, hoy por hoy, de la obra freudiana.

La represión en la estructura de una neurosis de histeria de conversión, se presenta aquí con intervención del cuerpo en donde la representación ha sido reprimida, el afecto, disociado de la representación debido al proceso represivo, se convierte en energía de inervación.

Este es el esquema más elemental, que explica —en parte, al menos— la formación de síntomas y que puede ampliarse con el agregado del retorno de lo reprimido a través, además de la conversión, en donde el refiere; de a) el mecanismo de la identificación histórica —que encontramos a menudo subyaciendo a los síntomas— y b), la conexión del afecto (enamoramamiento, excitación sexual, etc.) con una representación sustitutiva, esto es, conectada inconscientemente con la representación reprimida, lo que da lugar a lo que Freud (1915) dió en llamar inicialmente falsa conexión o falso enlace y que no es otra cosa que la transferencia.

En la transferencia, se actúan parte de los sentimientos que no puede evocarse como recuerdo, que no puede ponerse en palabras, cuando el acto se hace palabra, o la palabra actúa en el proceso analítico, en vez de actuar o repetir, se elabora, se enfrenta el material inconsciente y baja su intensidad. Se reconoce, descifrándose en aproximaciones continuas lo enigmático del síntoma.

Recuerdo, transferencia e historia son así inseparables y lo que no se recuerda se repite. Se trata entonces de convertir la repetición en recuerdo, porque recordar es ya un comienzo de olvido en la medida que desactualiza el pasado al temporalizarlo (Freud, 1914).

Los artificios del análisis ponen entre paréntesis los modelos habituales y comunes de la conversación. Lo incógnito, la reserva, el silencio tienden a situar al analista como un interlocutor “sin propiedades”. El analizado es invitado a abandonar su palabra a las sollicitaciones y a las exigencias de las formaciones inconscientes. Son ellas las que estructuran la situación analítica. La problemática del analizado se traduce en la neurosis de transferencia. Esta hace hablar al misterio y al silencio.

El analizado proyecta sobre el analista las comparsas significativas de su historia, la multiplicidad de sus identificaciones y aquellas, más desvinculadas de imágenes personales e históricas, que connotan al Superyó, al Ideal del Yo, al Yo Ideal. Freud (1923) En general, se omite decir que al mismo tiempo que el analizado proyecta alguna imago sobre el analista, se imagina a asimismo en un rol semejante o complementario.

La queja es un llamado al Otro, es una demanda, un ofrecimiento al deseo del Otro. La histérica, al ofrecer su síntoma al saber del Otro, se ofrece como síntoma. (Lacan 1987) “Su cuerpo se entrega como un conjunto de partes dispersas y carentes de unidad para que sean la palabra y el deseo del Otro las argamasas que hagan de “eso un conjunto” (Braunstein. 1999.) El síntoma conversivo histérico es un significante que se ofrece para ser revelado por el Otro. Se puede decir que la histérica con su síntoma no solo mantiene el deseo del Otro sino que se dirige a él. Para Lacan el síntoma conversivo en la histeria se lee como la división del sujeto que aparece en el cuerpo, el cuerpo como significante que se dirige al Otro con su síntoma.

La histérica muestra que el cuerpo es el lugar del Otro, es decir, el lenguaje otorga un cuerpo, es el cuerpo atrapado en el lenguaje –es una metáfora y el producir metáfora apunta al ser, es un punto de detenimiento-. El síntoma conversivo es una metáfora, mensaje que proviene del Otro y se dirige al Otro, mensaje que sacrifica al cuerpo biológico caído para siempre, el cuerpo es objeto de una incorporación simbólica. (Saldías y Lora, 2006)

Otto Fenichel en 2003 expresa que existen dos prerequisites para la histeria: el primero es el físico, que está representado por la erogeneidad general del cuerpo humano del cual todo órgano y su función tiene la posibilidad de expresar la excitación sexual.

El segundo prerequisite es el psicológico, el cual consiste en un previo abandono de la realidad por la fantasía, sustituye los objetos sexuales por fantasías representativas de objetos de la infancia, la histeria o los histéricos han regresado de una realidad decepcionante al pensamiento mágico de los sueños diurnos. Los sueños diurnos representan un sustitutivo placentero de una realidad penosa.

En la histeria, en lugar de exteriorizar sus actos, encuentra como vía de expresión plástica sus fantasías reprimidas en alteraciones somáticas, o sea, “vueltas hacia adentro”

En el año 2003 Fenichel en su escrito “Teoría psicoanalítica de las neurosis” señala que la identificación histérica enuncia el deseo de ocupar el lugar de otra persona, empero, en ocasiones sucede que la mujer histérica se identifica, no con su rival (la madre), sino con su padre amado. De igual manera puede existir la llamada identificación histérica consigo mismo, que es identificación de la persona histérica con un estado o etapa anterior a su Yo, como un regreso aquella infancia satisfactoria donde se produjo la represión. (Ídem, 2003).

La neurosis de histeria de conversión se define, desde el punto de vista económico, como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático (Nasio, 1991).

El deseo de la neurosis histérica revela la naturaleza general del deseo de ser deseo del Otro. La estructura histérica por decir así o una histeria, como cualquier sujeto neurótico, es aquel que, sin saberlo, impone al lazo afectivo con el otro, la lógica enferma de su fantasma inconsciente, en el que él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha. Precisamente este estado fantasmático de insatisfacción marca y domina toda la vida del neurótico (Nasio, 1991).

Por su parte Dor(1996) en su libro titulado “Clínica Psicoanalítica” menciona que en la dinámica identificadora en la histeria está marcada por una relación ambivalente, el padre está constantemente representado como objeto de investidura alternándose según el caso con aspectos positivos (amor-ternura) y negativos(odio-hostilidad).

Esta dinámica se sostiene por la movilización y por el resurgimiento de componentes edipicos y la rivalidad fálica de la niña con la madre en relación con el padre.

Al respecto, Mazzuca el 2002 explicita una cita textual de Freud: “En la histeria la representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de su magnitud de estímulo en excitaciones somáticas, proceso para el cual ponemos el nombre de conversión” Mazzuca (2002) afirma que: “el síntoma de la conversión es también un falso enlace en tanto la excitación en lugar de estar unida a su representación está unida a otra representación, a la idea de brazo, a la representación del órgano, que es en definitiva también otra representación

Para terminar con este, menciona que todos los síntomas histéricos, la forma en que se expresan los impulsos reprimidos, se concentran en una función fisiológica determinada, es decir, la elección de la zona afectada está determinada por; las fantasías sexuales inconscientes (una persona con fijaciones orales tendrá síntomas orales, una persona con fijaciones anales, síntomas anales, las fijaciones dependen de factores de constitución y de la experiencia pasada); hechos puramente físicos; la situación en la que tuvo lugar la represión; y finalmente, la conexión simbólica de la función del órgano dado con el impulso instintivo, por ejemplo, los órganos convexos; las manos, el pie, la nariz, y los senos pueden simbolizar el pene y representar deseos masculinos; los órganos cóncavos; La boca, el ano, las fosas nasales y las partes del cuerpo que se pueden flexionar pueden simbolizar la vagina y representar deseos femeninos.

1.2 OBJETIVO GENERAL.

Analizar la relación que condiciona una neurosis de histeria en el retorno de lo reprimido manifestado en una conversión

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Abordar la condición de los síntomas de conversión de la estructura histérica
2. Indagar la sobrecarga/represión en el mecanismo de la neurosis histérica
3. Describir el papel de un Otro en su proceso de insatisfacción en la estructura histérica

1.4 SUPUESTOS.

1. El sufrimiento neurótico expresa en los síntomas una inadecuada manera de defenderse de la realización inconsciente de un deseo vivido como intolerable y peligroso, sustituyéndolo por un sufrimiento consciente.
2. La conversión se define, desde el punto de vista económico, como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático.

3. El miedo y la tenaz negativa a gozar ocupan el centro de la vida psíquica del neurótico de conversión histérica el papel de un Otro insatisfactorio.
4. Cómo el síntoma conversivo utiliza el cuerpo como lugar privilegiado para hacer síntoma –en la estructura histérica.---

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.

Hablar de histeria en Psicoanálisis implica transmitir un nudo de problemáticas teórico-clínicas que constituyen el origen de la teoría psicoanalítica en su conjunto y fundamentalmente, el descubrimiento del Inconsciente. Por ello no es una tarea fácil.

Dentro de los límites del presente Estudio de Caso, es preciso tomar en cuenta la singularidad del Caso Clínico abordado, es decir, realizar una lectura advertidos de que, a pesar de ser una temática común dentro de la clínica psicoanalítica, lo aquí descrito responde al trabajo realizado dentro de un proceso en particular.

Así mismo, uno de los aspectos en los que encuentra su diferenciación es en el hecho de llevarse a cabo dentro de una Institución, motivo por el cual está sometido a inconvenientes que surgen y que no dependen ni del paciente ni del terapeuta. Entre éstos se encuentran: el iniciar la sesión tarde debido a retrasos de quienes ocupan el cubículo en la hora anterior, el encontrarse con el mobiliario en diferente posición y tener que moverlo para dar inicio a la sesión, y el ajustarnos a las fechas de servicio establecidas por la Institución

Es el caso clínico dentro de la metapsicología de dos grandes interrogaciones, ligadas una a la otra, que recorren esta fabricación de caso: la relación de la estructura histérica de conversión y el estudio de la represión originaria.

Se trata de Margarita una mujer de 49 años con un grado de estudios de licenciatura en química; las únicas dificultades que se presentaron en torno al caso fueron en torno a los tiempos de sesión e inasistencias por parte de las mismas por compromisos económicos; sin embargo, cabe mencionar que, en cuanto a este aspecto, fueron escasas las complicaciones presentadas.

Lo que se busca en la clínica psicoanalítica, es el alcance de la intervención, mismo que fue establecido desde un primer momento, en que la paciente pueda lograr vincularse de diferente manera con las personas que la rodean en los distintos ámbitos de su vida, a medida que vaya permitiéndose actuar en base a lo que desea y no tomando como punto de partida al atender a los deseos de los otros, mismos que la llevan a sentirse culpable al no poder realizarlo. Por lo tanto, actualmente se sigue trabajando sobre lo anterior para así poder lograr la eficacia y los aportes a la clínica psicoanalítica que son esperados a partir de esta intervención.

1.6 JUSTIFICACION.

Ser psicólogo con orientación psicoanalítica implica ubicarse en la serie de las generaciones, en el consultorio, cuando la práctica cotidiana nos impone un trabajo permanente de historización aprendemos lo difícil que es el proceso por el cual se discrimina lo que es –existente en el inconsciente- de lo que podría ser, o de lo que fue – temporalización que introduce el índice de realidad -. Es así como se produce, también, el trabajo teórico, discriminar aquello que se ha pensado de lo que el proceso de elaboración arroja como resultado, sometiéndonos a un trabajo permanente. Bleichmar (1983)

Dentro de la experiencia en la clínica, si bien los pacientes que acuden a nuestra consulta no son los mismos que aparecen en los textos, es decir, que aunque la mayoría de los casos a los que nos enfrentamos en el día a día tal vez no representan una copia fiel de lo que nos aporta la teoría, razón que nos podría dificultar el dirigir una cura, es bien sabido que el funcionamiento psíquico del sujeto parte de postulados básicos cuyo conocimiento es indispensable para poder llevar a cabo el proceso terapéutico y, al mismo tiempo, brindarle una opción de mejora al paciente.

Entendiendo el sentimiento de insatisfacción como aquella manifestación que guía el actuar de un sujeto, en este caso del sexo femenino, y que representa un modo particular de funcionamiento que debe ser entendido no sólo desde lo que podemos percibir dentro de la situación analítica sino tomando en cuenta su origen en la constitución psíquica del sujeto.

Es que, a partir de esto, los beneficios que dicho Estudio de Caso proporcionará a través de su realización la ampliación del conocimiento respecto a los puntos tratados, así como la posibilidad de contar con una opción más de abordaje para este tipo de problemática.

El pensamiento clínico define Green es el resultado de un trabajo mutuo de observación y auto observación de los procesos mentales que utilizan los canales verbales. Luego recuerda que antes propuso que el encuadre analítico transforma al aparato psíquico en aparato de lenguaje. Y también que el proceso analítico se define como la vuelta sobre sí mismo mediante el pasaje por el otro semejante. A estas formulas agrega la idea de que el pensamiento clínico consiste en articular por medio del lenguaje dos tipos de pensamientos: los pensamientos que surgen de las relaciones entre representaciones conscientes y preconscientes, y los pensamientos que ligan los procesos organizados por el lenguaje con los procesos inconscientes, dominados por el proceso primario. Este es el núcleo dinámico del pensamiento clínico. Además, con el conocimiento de que cada caso representa un abordaje en lo singular, podrá ser contemplado como una aplicación más de la teoría a nivel clínico.

Siempre centrándonos en lo más importante para nuestro quehacer como psicólogos clínicos con una orientación psicoanalítica, que es brindarle al paciente la posibilidad de tomar las riendas de su propia vida y, en este caso en particular, hacerlo de manera que los sentimientos de insatisfacción y culpa ante un castigo inminente no estén presentes en todo momento, permitiéndose así, un tránsito libre en el diario vivir y su quehacer dentro de éste sin la presencia de los conflictos ya existentes.

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

Lo que no podrá asumir satisfactoriamente su condición de mujer.

Freud, 1896

Antes que nada es necesario hacer un breve recorrido histórico para saber lo importante y lo complejo que ha sido poder entender, conceptualizar y teorizar esta estructura psíquica de la neurosis histérica. De igual forma, este recorrido se introducirá por las bases y términos psicoanalíticos de la neurosis histérica de conversión y las aportaciones teóricas freudianas y algunos otros autores en las que esta fabricación de caso clínico se ha basado.

La estructura de la Histeria, ha sido explicada a lo largo de la historia por varios filósofos, y médicos griegos de la antigüedad, incluido Hipócrates, quienes consideraron la histeria como una enfermedad orgánica de origen uterino (útero o matriz, que en griego se le denomina *hystera*) y por lo tanto específicamente femenino, la estructura de la histeria tenía la particularidad de afectar al cuerpo en su totalidad con “sofocaciones de la matriz”. Más adelante estas concepciones persistieron mucho tiempo y en el siglo XVIII los médicos ya no la consideraban correcta. Galeno por su parte, observó en los hombres que se producían tipos similares de afecciones mentales y físicas.

También afirmo que la pasión histérica es tan solo un nombre; sin embargo, las formas que abarca son variadas e innumerables por lo que un camino posible para explicar la etiología de la neurosis de la histeria era por las predisposiciones hereditarias o constitucionales del sujeto a la enfermedad.

A continuación se presentara una perspectiva general de la neurosis histérica vuelta en sí misma en su conversión, posteriormente se podrá apreciar los aspectos psicoanalíticos de dicha estructura y las aportaciones de Freud así como algunos otros autores con respecto a este tema.

2.1 HISTERIA

En los años de 1880 y 1900 se introdujeron en el mundo occidental una epidemia de síntomas histéricos, por el cual muchos médicos trataron de encontrar una solución o una cura a dicha epidemia, sin embargo, dos importantes y reconocidas escuelas se encontraban en el auge para la explicación y tratamiento de esta enfermedad, tales escuelas fueron la de La Salpêtrière y la de Nancy, ambos planteles inspiraron a Freud para encontrar su propia explicación de la neurosis histérica y su estructura.

Freud llegó a admirar más al maestro Charcot de la Escuela de Salpêtrière que a Bernheim, de la Escuela de Nancy, en cambio extrajo de ambas personas sus principales ideas, de Charcot la nueva conceptualización de la histeria y de Bernheim, el principio del tratamiento psíquico.

Entre 1888 y 1893 Freud ideó un nuevo concepto de la Histeria; retomó de Charcot la idea del origen traumático. Pero la explicación innovadora fue en virtud de la teoría de la seducción, afirma que el trauma tenía causas sexuales: la histeria sería el resultado de un abuso sexual fantaseado por el individuo en su infancia.

De igual manera Freud también retomó de Bernheim la idea de la sugestión como aplicación para la técnica terapéutica, aunque no le convenció del todo, la utilizó pero la abandonó en beneficio de la elaboración de la transferencia, pasó por el método catártico de Breuer hasta llegar a la asociación libre.

Pasado el tiempo y durante un periodo largo de estudios, Wilhelm Fliess; Freud le escribió unos fragmentos en su manuscrito N el 31 de mayo de 1897 acerca de los impulsos hostiles hacia los padres y un intenso deseo de que mueran, plantea que estas manifestaciones son conscientes y emergen mediante representaciones obsesivas.

Posteriormente estos impulsos son reprimidos provocando en el individuo reproches hacia sí mismo atribuyendo las enfermedades de los padres en un estado de padecimiento. Lo mencionado anteriormente es reconocido como, los motivos de la formación del síntoma, es decir, que detrás de este aparente autocastigo, el sujeto cumple su deseo (de castigarse) a través del síntoma. Estas serán algunas de las primeras nociones que Freud desarrollara como bases del autocastigo.

“Los impulsos hostiles hacia los padres (deseo de que mueran son, de igual modo, un elemento integrante de la neurosis. Afloran conscientemente como representación obsesiva.

Estos impulsos son reprimidos en tiempos en que se suscita compasión por los padres; enfermedad muerte de ellos. Entonces es una exteriorización del duelo hacerse reproches por su muerte (las llamadas melancolías), o castigarse histéricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados [de enfermedad] que ellos han tenido...” (Freud, 1897, p. 296)

“..El síntoma, como el sueño es un cumplimiento de deseo...el síntoma puede obrar como castigo (a causa de un impulso malo), o por desconfianza, para establecer un autoimpedimiento. Se suma los motivos de la libido y del cumplimiento de deseo como castigo...” (Freud, 1897, p.298)

Después de haber remplazado la concepción de la teoría de la seducción. Freud en el año de 1900 en su publicación del libro titulado “La interpretación de los sueños”, reconoció el conflicto inconsciente como causa principal de la histeria; mas adelante, en su teorización de la sexualidad infantil, identificó el conflicto principal de la neurosis histérica, la imposibilidad del sujeto para finiquitar el Complejo de Edipo y evitar la angustia de castración, que era lo que lo llevaba a rechazar la sexualidad.

En enero de 1901, Freud escribió el relato del análisis con Dora, que iba a convertirse en el principal caso de histeria en la concepción freudiana. En este texto designado “*Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*” denomina a la histeria de conversión como aquello que permite la salida hacia lo corporal de los procesos psíquicos inconscientes o como aquella trasfencia de la excitación puramente psíquica a lo corporal.

A manera de conclusión se puede decir que la histeria de conversión, son aquellas alteraciones somáticas, sin una base orgánica, producidas por representaciones, pensamientos, impulsos o deseos inconscientes reprimidos y que encuentran la forma de liberarse por medio de una relación simbólica entre la representación inconsciente reprimida y la función orgánica (simbolizada) provocando así la perturbación del cuerpo o de las funciones de este.

2.2 LA NEUROSIS HISTÉRICA

La histeria para el psicoanálisis es un tipo específico de neurosis, fue relacionada desde sus inicios con la mujer, pero ahora en psicoanálisis es considerada como una estructura clínica compartida tanto por hombres como por mujeres (Saldías y Lora, 2006).

2.3 LA HISTERIA EN LA ELABORACIÓN FREUDIANA

En la obra de Freud la histeria ocupa un lugar de extrema importancia. Fue por esta estructura clínica que Freud da un viraje del campo de la medicina al del psicoanálisis.

Freud define a la histeria como esta neurosis que tiene origen en un incidente sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser elaborado asociativamente, transformándose en patógeno y provocando un síntoma.

Este incidente sexual se convierte en un recuerdo reprimido de una tentativa de seducción (fantasía de seducción) pero solo se vuelve traumático retroactivamente cuando acontece un segundo incidente que convoca al primero. En este momento es cuando el síntoma hace su aparición.

Freud (1895) se da cuenta que los síntomas que presenta la neurosis de la histeria a pesar de mostrar un malestar físico no tienen relación alguna con lo biológico, por tanto se formula como hipótesis la posibilidad de que este síntoma cumpla una función en la vida de la histérica, propone “escuchar” al síntoma desde otra perspectiva distinta a la de la medicina biológica.

Al designa a la estructura de la histeria como una enfermedad que ofrece cuadros clínicos como lo son: neurosis de conversión, de angustia y obsesiva compulsiva, que simbolizan un conflicto psíquico que se originan por un encuentro sexual en la niñez, reconoce un predominio de la identificación, del mecanismo de la represión, síntomas corporales y del afloramiento del conflicto edípico desarrollado en los registros libidinales.

2.4 EL CUERPO Y SU RELACIÓN CON EL SÍNTOMA CONVERSIVO DE LA HISTERIA EN FREUD

En (1905) “Tres ensayos para una teoría sexual” Freud hace referencia al cuerpo como organismo relacionado a los instintos: “la fuente del instinto es un proceso excitante de un órgano, y su fin más próximo está en hacer cesar la excitación de dicho órgano”.

El término “pulsión” en el texto se encuentra como concepto límite entre lo psíquico y lo físico. Las zonas erógenas donde recae la excitación sexual, también son denominadas órganos.

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

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

Cuando Freud realiza una comparación al tratar las parálisis y otros síntomas corporales de las histéricas con los de otros pacientes, llega a la conclusión de que los síntomas corporales histéricos son independientes de la anatomía.

El cuerpo de la histérica cuando encarna un síntoma no es un objeto para mirar y diagnosticar, sino que es un objeto para leer. Freud empieza a escuchar el discurso que ellas emplean acerca de su cuerpo y su síntoma como si se tratara de un texto.

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

2.5 SÍNTOMA CONVERSIVO

La noción de síntoma (1896) en Freud se desprende de su experiencia clínica con la histeria y en base a ella se puede plantear el siguiente recorrido:

En primer lugar Freud nos habla del síntoma histérico como interpretable. Existía en Freud una convicción de que el síntoma encierra un sentido que puede ser descifrado igual que el resto de las formaciones del inconsciente. Esta convicción de atribuir al síntoma un sentido implica directamente que este sentido encierra un saber.

En segundo lugar el síntoma como suplencia del yo en la insatisfacción pulsional. En (1925), en “Inhibición, síntoma y angustia” Freud afirma que el síntoma actúa como signo y sustituto de una satisfacción pulsional que no ha tenido lugar. Es decir, lo relaciona a la pulsión de muerte como aquello que satisface de manera cerrada al síntoma relacionado con la satisfacción.

El síntoma es una formación de compromiso entre la defensa y el deseo.

En el caso del síntoma conversivo, que es el que nos ocupa, Freud da cuenta que esta conexión asociativa encarna el cuerpo. El sujeto histérico no pudo poner en marcha procesos de descarga psíquica frente a un suceso de alta carga afectiva, reprimiéndolo de manera tal que el recuerdo adquiere una importancia de trauma y se constituye en la causa del síntoma.

En 1896 en “La Etiología de la histeria” Freud señala el descubrimiento de Breuer con relación a los síntomas histéricos y su génesis: los “síntomas en la histeria (con excepción de los estigmas) derivan de su determinación de ciertos sucesos de efecto traumático vividos por el enfermo y reproducidos como símbolos mnémicos en la vida anímica del mismo” (Freud, 1896). Freud plantea una relación directa entre las escenas traumáticas como influencias que generan los síntomas histéricos en sus diversas formas.

Para la formación de un síntoma conversivo no basta un recuerdo o situación traumática en la infancia, pues es muy posible que la represión haya hecho efecto. Para un síntoma conversivo es necesaria la presencia de una segunda escena traumática que resignifique la primera.

Freud planteaba que el síntoma se constituye como la expresión simbólica de ese carácter irreductible del deseo, en particular del deseo histérico. El síntoma conversivo se entiende desde Freud como palabra atrapada en el cuerpo, que por una imposibilidad de ser asociada es inervada en el cuerpo.

La zona donde se aloja el síntoma es la zona erógena, lugar donde se desprende la excitación sexual o un símbolo de esta, que es dada por la libido, pues se ha fijado en ese lugar, manifestándose la carga de afecto correspondiente a la pulsión, donde el síntoma, responde al recuerdo patógeno que se descarga sobre el cuerpo.

Freud comienza a teorizar sobre el psicoanálisis a partir de la histeria y sus síntomas, dando cuenta de los factores involucrados en esta formación sintomática a partir del estudio de casos. Lacan en su relectura de Freud aportará nuevas aproximaciones y nomenclatura al síntoma conversivo, en base a los factores planteados anteriormente por Freud.

2.6 LA HISTERIA EN LA ELABORACIÓN LACANIANA

Jacques Lacan en 1956 considera a la histeria y la neurosis obsesiva como las dos principales formas de neurosis. Menciona que el neurótico hace su cuestionamiento secreto y restringido usando a su Yo para hacerse dicha pregunta. Sintetiza, “la estructura de una neurosis es una pregunta”.

Este psicoanalista francés no define la histeria como un conjunto de síntomas, sino como una estructura y es por eso que menciona en su seminario del 14 de Marzo de 1956 denominado “La pregunta histérica”, que en una neurosis el elemento determinante para que esta estructura se dé, es que el Otro de la palabra sea el intermediario para que el sujeto se reconozca en él y en él se hace reconocer.

Una pregunta que se plantea el sujeto en la neurosis, en el plano simbólico, es en relación con su ser. En el caso de la histeria el sujeto se plantea la interrogante ¿Qué es ser una mujer? Esta pregunta se sitúa a nivel del otro, la interrogación de la sexualidad está ligada al reconocimiento simbólico. El sujeto encuentra su lugar en un aparato simbólico preformado que insta la ley en la sexualidad, y esta ley solo le permita al sujeto realizar su sexualidad en el plano simbólico.

La interrogante ¿Qué es ser una mujer? Es una relación de ser. En la medida que esta pregunta simbólica fue despertada y no reactivada en el imaginario, se desencadenó la descompensación de la neurosis y se organizaron los síntomas, síntomas que cobran el valor de una formulación o reformulación insistente a ese cuestionamiento.

El histérico y la histérica se hacen la misma pregunta. Pero si la realización edípica está mejor estructurada en el hombre, la pregunta histérica tiene menos posibilidades de formularse.

De la misma forma, Lacan reafirma lo que en la antigüedad se decía acerca del vínculo entre la histeria y la feminidad, que la mayoría de las histerias son mujeres, así como la mayoría de los neuróticos obsesivos son hombres.

“Hay muchas más histéricas que histéricos- es un hecho de experiencia clínica porque el camino de la realización simbólica de la mujer es más complicado”. (Lacan 1956).

Esto lo sustenta debido a que el complejo de Edipo en hombres y mujeres, no es igual (esta a nivel simbólico), ya que la simbolización es diferente debido a la supremacía de la gestalt fálica, que fuerza a la mujer a tomar como modelo de identificación al padre y a seguir por un tiempo los caminos de los varones. El acceso de la mujer al complejo de Edipo, su identificación imaginaria se hace pasando por el padre(al igual que en el hombre), debido a la predominancia de la forma del falo, pero a su vez es tomada como un elemento simbólico central del Edipo, no tiene correspondiente ni equivalente.

La desigualdad se establecería con respecto al complejo de castración, donde el significante determina la vía por donde el complejo ha de pasar. La dialéctica del tener, nombre también al juego de la identificación.

Depende del sexo del niño, la instancia fálica en la que se encuentra para que incida en su lógica identificatoria. El niño renuncia a ser falo materno y toma el camino de la dialéctica del tener, al identificarse con el padre que supuestamente tiene el falo, empero, la niña abandona la perspectiva de objeto de deseo de la madre y se posiciona en la dialéctica del tener, pero en la modalidad del no tener. Es así como puede identificarse con la madre ya que al igual que ella “sabe donde esta, sabe a dónde debe de ir a tomarlo.es por el lado del padre, hacia aquel que lo tiene”. (Dor, 2000)

Lacan, también enlaza a la histeria con el síntoma conversivo mediante la relectura que hace de la obra de Freud, basándose en su tesis de que “el inconsciente está estructurado como lenguaje” Lacan equipara al síntoma conversivo histérico con la metáfora. (1993 “La metáfora del Sujeto”). El síntoma metáfora como formación del inconsciente, que implica la implantación en la cadena significativa de un significante distinto.

Rifflet-Lemaire en 1970 en su libro “Lacan”, cita a Lacan respecto al síntoma conversivo:

“Entre el significante enigmático del traumatismo sexual y el término al que viene a reemplazar, en una cadena significativa actual, pasa la chispa, que fija en un síntoma – metáfora donde la carne o bien la función se toman como elemento significante- la significación inaccesible al sujeto del inconsciente.”

Así, la histeria en Lacan también se halla relacionada a su síntoma, en este caso el síntoma conversivo –como formación del inconsciente- que da cuenta del sujeto.

2.7 EL CUERPO Y SU RELACIÓN CON EL SÍNTOMA CONVERSIVO LACAN

El cuerpo desde Lacan, no se entiende como organismo, mientras el organismo nos viene dado, el cuerpo es una construcción que tiene que hacerse, nace de la palabra. El lenguaje estructura al sujeto, y también al cuerpo definiéndolo por la estructura del lenguaje y no por los límites anatómicos.

Para Lacan el sujeto y el cuerpo no están separados, en un principio el sujeto nace con un organismo, pero en su encuentro con los significantes que lo recortan, ambos, sujeto y cuerpo se van construyendo.

El sujeto nace como un organismo, como conjunto de órganos (sujeto mítico) pero en su encuentro con el lenguaje éste lo recorta con significantes y sujeto y cuerpo se van construyendo.

Por estar en el lenguaje, el ser humano está atrapado en una remisión indefinida de significaciones y por estar en la dinámica del deseo el sujeto es remitido incesantemente de un objeto a otro.

Para explicar cómo nace el sujeto deseante Lacan, recurre al grafo del deseo. Afirma que en un primer momento existe un sujeto mítico, *el infans*, que es un sujeto de necesidades que no ha sido introducido al lenguaje todavía. El infans da cuenta de su necesidad por medio de un grito, éste grito en su recorrido se encuentra con el Otro –tesoro de significantes- que sanciona el grito con un significante y por tanto introduce al sujeto mítico al lenguaje. Este Otro que introduce al lenguaje no satisface esta necesidad primaria, y ésta se pierde definitivamente al igual que el sujeto mítico.

El sujeto dividido, deseante, en falta, se instaura a condición de que la necesidad se pierda dejando en su lugar el deseo y la falta.

En el momento en que se instaura el sujeto, también lo hace el cuerpo. El cuerpo es leído desde Lacan, en la llamada realidad psíquica – que viene a ser la articulación de los tres registros; real, simbólico e imaginario.

2.8 SÍNTOMA EN LACAN.

El síntoma, considerado por Freud como una formación sustitutiva, en Lacan toma el estatuto de una sustitución simbólica, producto del desplazamiento y de la condensación. Para Lacan el síntoma en un primer momento en el que su teoría se halla ligada al significante y a la premisa de que “El inconsciente está estructurado como lenguaje” considera al síntoma como: En 1953, el síntoma es un *significante* porque no tiene un sentido universal, es producto de la historia del sujeto.

En 1955, se identifica al síntoma con la *significación*: “El síntoma es en sí mismo, de lado a lado, significación, es decir, verdad, verdad que toma forma”. En 1957, el síntoma es *metáfora*, en la cual la carne o función es tomada como elemento significante.

Cuando se plantea al síntoma como metáfora se le da el lugar de significante. Como significante se halla subordinado al lenguaje entendido como la palabra que viene del Otro y del cual el sujeto espera su reconocimiento.

La metáfora es una operación del lenguaje en dos tiempos: primero se produce una situación significante, un significante viene en el lugar de otro. En segundo lugar ésta sustitución conlleva una creación de sentido, crea un plus de sentido. Ésta estructura de sustitución es la estructura del síntoma.

Lacan 1993 (1964) sigue a Freud cuando dice que los síntomas son formaciones del inconsciente, pero agrega un componente lingüístico cuando dice que el síntoma está estructurado como un lenguaje, de aquí que deriva el síntoma como metáfora, que, en el caso de la histeria, se encarna en el cuerpo.

En el síntoma histérico el significante del trauma sexual viene a ser sustituido en la cadena significante por el cuerpo –como elemento significante-. Para Lacan el síntoma conversivo es una metáfora, donde un significante sustituye a otro.

La “lesión” en el síntoma conversivo es un significante, que se escucha en la medida en que se entra en transferencia simbólica. El síntoma conversivo implica un cuerpo sufriente que hay que descifrar, no se trata de una verdad, solo nos conduce a una verdad.

En este síntoma que se expresa en el cuerpo tiene una causa, al hablar de causa hablamos de lo real, algo excluido, que aparece como opacidad, punto de desconocimiento para el sujeto –punto enigmático para el sujeto.

El síntoma conversivo se encarna en el cuerpo y que el tener una imagen de cuerpo por el lenguaje muestra que este cuerpo no es anatómico, sino imaginario sostenido por lo simbólico.

Lacan plantea la idea de cuerpo fragmentado para explicar los síntomas conversivos en la histeria, refiriéndose a la anatomía imaginaria que utiliza para la formación de sus síntomas donde el cuerpo fragmentado se revela a nivel orgánico. Por eso a nivel imaginario el cuerpo puede correr el riesgo de fragmentarse. De ahí las fantasías del cuerpo fragmentado que aparecen en el discurso histérico, donde las palabras pueden fragmentarse, olvidarse, dejando un vacío, cortarse, en los síntomas conversivos y en el delirio que representan una castración imaginaria (Histeria y Obsesión. 1987).

La conversión es un síntoma que va ir acompañado de la queja, es a través de la escucha de ésta queja en análisis que se puede esclarecer la metáfora del síntoma conversivo.

La conversión es muda, es el punto donde el sujeto se muestra como cuerpo dividido por el síntoma. Allí es donde se padece y se suele aliviar con la queja, como relato del sufrimiento, como alivio.

CAPITULO III

METODOLOGIA Y DISEÑO

En este capítulo, se enfocará principalmente a considerar, el principio fundamental de la investigación del psicoanálisis, iniciando con una reflexión, de la cual pretendo hacer un recorrido, para introducir algunos pequeños aportes propios de la investigación en psicoanálisis desde mi precaria enseñanza como docente clínico.

El trabajo de Freud, estaba constituido por la elaboración teórica, así como la formulación de lo que escuchaba de sus pacientes en el consultorio, donde los enunciados del paciente se ponen a trabajar en las bases de la construcción del método clínico del psicoanálisis

Se diferencian dos momentos del trabajo analítico: uno de escucha del analizanté, para el cual ha teorizado una técnica y una ética: la instalación de la transferencia, el uso de la interpretación, la atención parejamente flotante y la suspensión de los prejuicios del analista; y otro momento de escritura y de elaboración, en el que ya no se trata de escuchar sino de leer y pensar, para, finalmente, producir el material que puede publicarse

En la investigación cualitativa se llevan a cabo entrevistas investigativas; en las que hemos realizado de modo análogo, precediendo en el análisis clínico de las entrevistas investigativas; de las que no hemos eliminado los aspectos teórico metodológicos, como son los siguientes;

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

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

Neutralidad. Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

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

El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

Encuadre psicoanalítico. (Variables instrumentales)

- **Horarios.** Lunes 7pm
- **Frecuencias por semana.** Una por semana
- **Tiempo de la sesión.** 45 minutos
- **Honorarios.** \$ 70 pesos por sesión
- **Posición.** Cara a cara

Proceso analítico. (Producto del dispositivo y encuadre)

Transferencia. Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura.

La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

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

Elaboración. Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola.

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

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

3.1 MODELO DE INTERVENCION Y PROCEDIMIENTOS

Se incluyen los siguientes elementos:

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

3.2 TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.

Instrumentos para recabar información.

Ficha de identificación. Proporciona los datos del paciente tales como: nombre, edad, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, entre otros.

Discurso del paciente. Asociación libre.

Viñeta clínica. Registro anecdótico de cada sesión de análisis. Ésta sirve para retomar elementos que se expondrán en el Estudio de Caso (contenido lo más apegado posible al discurso del que se relacionará con la teoría).

Preguntas sobre datos específicos. Surgen cuando queda alguna duda respecto al discurso, o no se tiene la suficiente información al respecto, y se pregunta para clarificar la situación que nos está narrando el paciente.

3.3 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACION

Interpretación. Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente.

En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

Señalamientos. Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información. (Etchegoyen, 1986).

Confrontación. Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas. (Etchegoyen, 1986).

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

CAPITULO IV

La gran pregunta que nunca ha sido contestada y a la cual todavía no he podido responder, a pesar de mis treinta años de investigación del alma femenina, es: ¿qué quiere una mujer?

Freud

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

En este apartado, mencionaré, algunos aspectos, de la problemática del estudio de caso de la paciente de sexo femenino, que son relevantes a su decepción como mujer por sentirse engañada de su actual esposo, con las cuales se irá manifestando los rasgos característicos físicamente así como las interrogantes de sus discursos y sus motivos por el cual la llevaron a la unidad de servicios psicológicos. Para resguardar su identidad en su caso se hará pasar por el nombre de Margarita

Febrero del 2012, se asigna por la unidad de servicios psicológicos de la universidad el que Margarita, llevara a cabo sus entrevistas iniciales, en las cuales se asigna para dar inicio a las mismas, llega puntual, a la recepción de donde posteriormente, se le acompaña al cubículo que se había asignado para tal evento, su mirada, cabizbaja ojos cafés oscuros con poco maquillaje, de complejión mediana, de tés blanca, vestimenta de pantalón oscuro, blusa blanca y bléiser y su postura encorvada, su llegada al dispositivo fue de una forma muy silenciosa, manifestando seguridad y dejándose ver una angustia que intentaba controlar constantemente.

Su discurso inicial era de estar pronunciando consonantemente la “m” guardando mucho silencio, a pesar de este su dialogó precario, solo se basaba en expresar sus emociones en una forma muy rápida y sin preguntarse el motivo de las mismas, una de las cosas por las que ella acudía a la unidad de servicios psicológicos fue porque después de ser intervenida quirúrgicamente de un tumor intracraneal ya no era la misma.

En su recuperación, se sentía con mayor conciencia, o haber estado dormida, por mucho tiempo incluía que hasta había perdido, la sensibilidad de algunas partes de su cuerpo principalmente brazo y pierna de hemicuerpo izquierdo así como el control de esfínteres y no poder ver tan claramente, lo que la llevó a realizarse sus estudios médicos.

Los resultados médicos no eran tan favorables ya que detectaron un tumor que estaba desarrollándose intracranealmente por lo que después de esta operación, surgen mayores sentimientos incluidos de angustia y de estar viendo las cosas con mayor claridad, ya que antes estaba negándose a ver su realidad, con su actual relación, por haberse dejado engañar ya que él tenía otra relación, que aunque ella lo sabía no dejaba de pensar que algún día se iba a dar cuenta su marido que Margarita era su mujer, pero que no fue así.

Después de su operación se da cuenta que Margarita, estaba perdida que no era la verdadera mujer, sino un intento de una nueva mujer puesto que agregando que su cabellera era larga sin ningún arreglo sencillamente era una peluca que utilizaba para tratar de entender lo que se sentía ser una nueva mujer, al cabo de este evento se retira la peluca y su apariencia ahora era sin cabello dejándose ver una cicatriz en su cráneo en el hueso temporal derecho, agregando ella que esa es ahora, la que no sabe quién es.

Su primera intervención, al que ahora colocó como título inicial fue “Esta Mujer que está aquí no soy yo” cuando se retira su peluca, hace referencia que ahora es una mujer que tiene una cicatriz en la parte frontal y lateral del lado derecho de su cráneo, así como el que comenta que siente que el tumor que le operaron le trajo muchas ventajas por que ahora se da cuenta de lo que antes no sentía y que no veía tan claro, tiene más intensos sus sentimientos y siente que puede asimilar, mejor las cosas pues la tenía afectándole la pierna, brazos y parte de la cara.

Ahora se siente más sensible y llora, constantemente los doctores le dijeron que si no había cambiado su carácter y ella refiere que si, le dieron medicamento para que no convulsionara, y tranquilizantes, platica con la terapeuta que atiende a su hijo, pidiendo ayuda por los episodios de angustia y ella le dice que tiene que atenderse, siente que ese tumor era lo que la lleva haciendo dura de sentimientos, lo que la lleva a tomar mayores decisiones entre ellas el pedirle el divorcio, a su actual esposo.

La finalidad del tratamiento en un principio era abordad la problemática, de su decepción como mujer, y sus estados emocionales de mayor sensibilidad, así como el abordar aspectos relevantes a su historia familiar, antes y después de su intervención y las condiciones actuales por la elección de su divorcio y la preocupación por no saber desempeñar adecuadamente su posición de ser madre de dos hijos.

De esta forma se dió paso al establecimiento de una relación de compromiso dentro del dispositivo psicoanalítico, a partir de su discurso, de sentirse ser engañada, desde su infancia por su padre y toda su vida por los hombres, tuvo dos embarazos fuera del matrimonio sabía como llevar acabo dichos abortos, porque no se permitía ser madre antes del matrimonio y por trabajar en una empresa que había hecho contrato para solamente tener hijos en caso de ser casada.

Al principio su historia que proporcionó, principalmente, se desarrolló en platicar de su infancia y del vínculo referente a su padre, pero que en este, se dejaba ver el sentimiento de culpa de no ser para su papá, el hijo varón que él esperaba, pero que aún así su papá la quería poco como niña, revela que en ella había muy poca rivalidad con sus dos hermanas, ya que ella era la consentida de su padre quien sabía que tenía que comportarse como niño.

Así, a lo largo de las sesiones, la paciente fue proporcionando más datos sobre su historia que han permitido concebir la panorámica de una relación muy estrecha con su padre, una relación de ambivalencia, pues deseaba que su padre la aceptara como niña y que tenía que aceptar que él no la podía ver como tal, lo que la tiene con insatisfacciones y sufrimientos que le causan conflicto, sobre las cuales se encuentra el punto central del presente Estudio de Caso.

Así mismo, la relación con su madre no era tan estrecha, al punto de casi no aparecer en el discurso de las sesiones. Hasta tiempo más tarde, después de la muerte de su padre Y en cuanto a las hermanas, mantiene una relación más distante, aunque existe comunicación con ellas y comparten actividades.

Partiendo de los elementos que la misma paciente iba aportando dentro de las sesiones, se percata de estar platicando de sus dos hijos dentro del matrimonio a lo que refiere que han sido muy maltratados física y psicológicamente incluyendo sentirse culpable por estar hablando mal de su esposo, pero que aún así está decidida a divorciarse, pues sabe que él no es más para ella, y que ahora es una mujer de palabra y que tiene que cumplir con sus hijos cuidándolos para hacerlos hombres más felices, dejando ver la insatisfacción de su relación.

Habla de sus hermanas, de su padre y aún muy poco de su madre, a pesar de que después de la operación sus familiares se encargaron de cuidarla. Su entorno en lo social y laboral en una empresa como química, refiere que antes de su operación era muy aislada de su entorno, pues no le interesaba relacionarse con la gente.

En el año siguiente, de su proceso terapéutico, ya divorciada, tiene que hacerse cargo de los gastos de la casa y de sus hijos así como en el que se empieza a sentir sola, ya que tiene que seguir pagando las terapias de sus hijos, que actualmente se atienden en unidad de servicios psicológicos pues el mayor de 17 años está siendo atendido por estar en riesgo de quererse quitar la vida, y el menor de 12 años por tener un diagnóstico de déficit de atención.

Su insatisfacción, se manifiesta en querer recuperar algunas cosas buenas de su ex esposo, pero se conforma con solo mencionar que a pesar de haber maltratado mucho su relación y a sus hijos, él los hizo más sensibles.

Actualmente la paciente ha mostrado, avances en cuanto olvidarse, de las limitaciones físicas que se manifestaban, así como una alianza terapéutica mas comprometida donde se trasfiere el sentirse, más consciente de que las cosas que antes le habían pasado eran solo cosas de su imaginación le ha tocado repetir en el proceso, motivos que aun hasta ahora no deja de cuestionárselos el porqué no logra sentirse ser mujer y poder ver una relación futura que sea diferente a la anterior.

Motivo de consulta

Inicialmente, Margarita acude a la unidad de servicios psicológicos, por su hijo mayor que estaba muy preocupado, por la decisión de ella de divorciarse, del cual este no estaba de acuerdo, así mismo, ella tenía sentimientos de culpa por no saber qué pasos seguir, si se divorciaba era lo mejor para ella, pero le preocupaba que sus hijos ya no iban a tener a su padre en casa.

Demanda de tratamiento

La demanda del tratamiento de Margarita se manifiesta, en cumplir su deseo de sentirse ser mujer ante la posición del deseo del otro, así mismo como el sentirse ser autosuficiente evadiendo su falta.

Sintomatología actual

La sintomatología de Margarita se ha dejado ver desde el inicio de su proceso, con una característica de cansancio crónico, el incremento de su preocupación por no cumplir satisfactoriamente la posición de ser una madre suficientemente buena, sintiéndose culpable por su entorno familiar en la que ahora está presente un sentimiento parental con su madre, sentimiento de inseguridad y preocupación por el futuro de sus hijos.

Impresión diagnóstica

Dadas las características de la estructura del sujeto, de sentirse no ser identificada como mujer, presupone una impresión diagnóstica de una neurosis, que de acuerdo a sus características sintomatológicas, como sus limitaciones físicas y de un Yo de insatisfacción, es de suponer una estructura histérica de conversión

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

Contexto familiar

Margarita es el producto de una familia integrada por cinco miembros, de la cual ella es la primogénita, contando con su madre y dos hermanas menores, casándose dos años después que su padre muere, en su matrimonio concibe dos hijos, y se desarrolla profesionalmente en una empresa de renombre, dentro de las funciones de química, ya que dentro de esta empresa era el cumplir el deseo del padre el estudiara una carrera que no implicara las relaciones públicas.

Durante su vida matrimonial en la que menciona ser la protagonista de llevar el control administrativo de su relación, cinco años antes de su intervención de su tumor, ella sabía de la constante infidelidad de su pareja, porque tenía otra mujer, agregado que Margarita antes de su operación, tenía inclusive que pagarle a su marido para poder tener relaciones sexuales.

Siendo ella química promueve la condición de concebir sus dos hijos que tendrían que ser varones para así, poder cumplir el deseo del padre, de no ser ella lo que él esperaba, decide divorciarse, por darse cuenta que en su vida los hombres han sido muy traicioneros porque al igual que su madre y sus hermanas, han sufrido maltrato y engaño de los mismos.

Estructuración Edípica

En la infancia de Margarita y la relación con su padre principalmente era el cumplir el deseo del Otro, para poder sentirse ser la consentida, se da una relación ambivalente con el padre ya que el deseo de este era concebir en su matrimonio la llegada de un primogénito varón, que no fue así y en la que Margarita al identificarse con él, hace que se sienta ser la consentida del mismo, asumiendo la función de no ser querida como niña y llevando a cabo la identificación de ser un niño que caracterizaba su relación por consentir a su padre, el que no podía llorar ni reír, la rivalidad no se manifiesta con la madre ni con sus hermanas, puesto que ellas eran diferentes a ella, siendo así su rivalidad se acentúa cuando ella se da cuenta que su padre prefería estar con sus hermanas.

Su infancia transcurre, como consecuencia de no ser querida, con sintomatologías incrementando su talla y peso, así como el de relacionarse más con niños que con niñas, en su periodo adolescente, revela no estarle haciendo caso a su padre, porque a ella le gustaba la academia de baile, y a escondidas lloraba por que el padre no la dejaba llorar, a pesar de que el padre era muy estricto, lo tenía contemplado como el de ser su súper héroe, que era el que proveía el bienestar en el hogar.

La relación con su mamá se hace presente, tiempo después en donde empieza a identificarse con ella, después de la muerte de su padre, donde hace y cumple el papel del papá.

Las hermanas menores llegan a ser como sus aliadas pero se somete a estarlas cuidando, así como el que ella sabía que su papá no las quería por que al inicio, las reglas

eran de la misma manera de no ser, alegres y de no llorar enfrente de él por qué las niñas no lloran esta dinámica con ellas fue diferente pero que al parecer dejaron de ser queridas por el padre en el momento en que cada una de ellas iniciaban sus relaciones de noviazgos en los cuales se dejan ver que por igual a las dos les tocaron esposos que actualmente las humillan y las maltratan constantemente una de las hermanas es atendida actualmente, en el área psiquiátrica. La otra hermana tiene dificultades con sus hijos que son adolescentes.

Eventos Traumáticos

Un evento que, hasta el momento en que se encuentra el proceso no ha podido ser identificado es cuando se da cuenta que su papá, no era quien ella creía, además de estar idealizándolo, y aceptando ser lo que el papá, quería que fuera en su imaginación de un niño, del cual ella no aceptaba del todo, pues sabía de antemano que ella era una niña, con lo cual no se lograba identificar con su mamá y sus hermanas, su desarrollo subjetivo de la adolescencia era no dejarse ver, por los hombres, pues ella prefería hacer cosas como ellos, resistiéndose a poder ser una mujer atractiva para los hombres.

Sus síntomas se manifestaban en lo corporal, pues padecía de irregularidades, y de problemas de sobrepeso, así como problemas de infecciones, un numero de manifestaciones de emociones reprimidas en cuanto a la identificación con el deseo de ser mujer, refiere que hasta este momento después de ir asociando el que una de sus tías con el nombre de Margarita la que más quería su papá fue, la que sufrió decepciones en relación de pareja pues la dejaron plantada en el altar después de ello le quitan la matriz para que así ella dejar de ser mujer.

Perfil Subjetivo

Son muchas las manifestaciones que la tía de Margarita tuvo, de igual manera en que Margarita vive momentos cruciales de su proceso, pues logra identificar algunos factores, que hacían que ella misma se estuviera reflejando en dichos eventos.

De tal manera que la incidencia de manifestaciones corporales así, como el provocarse por igual desarrollarse un tumor intracraneal, han dado pie a entender que de nada le ha servido, pues ella logra hacer una relación de pareja y dos hijos que logro concebir, prefiriendo que estos fueran varones para darle al padre el varón que su papá no tuvo, así como Margarita decide dejar de ser mujer quitándose la matriz, tiempo después muere su padre y deja a su marido, refiriéndose que da nada le sirvió ser mujer pues había perdido lo que más quería su padre y la separación de su esposo.

Maneras de Interacción.

Durante su proceso, la interacción de Margarita ha dejado ver con una mínima capacidad para poder interactuar con el mundo social, aunque manifiesta que le gustan mucho las fiestas son pocas a las que ella acude particularmente, solo a una, la de fin de año que promueve su empresa y donde logra interactuar con sus compañeros de trabajo, el referido a ser aislada y de no llevar a cabo relación social muy de cerca, es aún parte de lo que sostiene consigo el no permitirse fallarle a su padre pues no puede bailar o no puede mucho sonreír, aunque ya son muchos los cambios que se han dejado ver en momentos en que interactúa de mejor manera con sus hijos y con quien tiene una relación más cercana con su madre, con quien ahora manifiesta este sentimiento de hija parental.

Rasgos de Carácter.

Con una actitud de autodominio, es así como al inicio se presenta y queriendo llevar el control de sus emociones, no sin dejarse ver un malestar constante de enojos, hacia la condición de no lograr sentirse satisfecha. En momentos más relevantes se deja ver la parte de inseguridad y de sentirse incompleta por lo que logra realizar una transferencia positiva en relación a encontrar su identidad y de querer lograr encontrar una verdadera felicidad.

Mecanismos de Defensa.

La resistencia no le deja expresar sus emociones más abiertamente, aunque logra dejar escapar las resistencias, puede percibir que si hay un camino nuevo, que antes se negaba a poder descubrir, una de las características de su estado actual de su conversión, es un cansancio crónico generalizado en lo corporal mismos que son asintomáticos

Características del Superyó.

Margarita considera la conciencia moral y la auto observación como la formación de los ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales lo que margarita denomine que ahora es una mujer completa, satisfecha y exhausta define una posición de una falta, son las manifestaciones que actualmente se dejan ver a través de un sin fin de significantes que no se logran identificar, la constante por querer llevar el control de la vida de los demás, la coloca en no lograr disfrutar de su entorno y de su condición para poder ver el que pueda llevar a cabo hacer una mejor elección de objeto en el amor.

4.3 CONSTRUCCION DEL CASO

En este apartado, que contiene las aportaciones propiamente de la construcción del caso clínico, se pretende hacer mención de lo ya expuesto en puntos anteriores respecto a la teoría que abarca la estructura de la neurosis histérica de conversión y su insatisfacción con los elementos que nos brinda el caso ya analizado.

Por lo que a continuación se irá escribiendo la trayectoria del presente caso, dejando ver los momentos específicos del tratamiento, tanto del discurso del paciente así como el de las intervenciones, que nos permiten dar cuenta de su evolución.

Es pues siguiendo a Freud como se puede erigir en un caso clínico cualquier material en que las formaciones del inconsciente emerjan. Sin embargo para mayor claridad de la exposición, presentare solamente la fabricación del caso a partir del material del analizante allí donde el analista es el soporte de la transferencia

Más allá de su variabilidad, es destacar desde el inicio de mi formación en la clínica lo que me aportado, el examinar las constantes que permanecen en el tiempo de este caso en curso actualmente, y que tienen su influencia fundamental en el plano de la terapéutica.

Esto lo haremos a través de la presentación de un caso donde retomaremos una serie de interrogaciones que como en el inicio escuchamos sobre el deseo, sobre el amor, el sexo, el goce y el misterio de la mujer imaginaria y su femineidad.

“ESTA MUJER QUE ESTA AQUÍ NO SOY YO”

El fragmento de análisis que sigue fue extraído de notas tomadas consecutivamente en el transcurso de dos años. Así nuestra intención será hablar brevemente sobre puntos cruciales de la neurosis en su estructura histórica y su insatisfacción como mujer

La neurosis histórica y su estructura es ante todo el nombre que damos al lazo que el neurótico teje en su relación con otro, sobre la base de sus fantasmas. El paciente con base a su estructura histórica, como cualquier sujeto neurótico, es aquel que, sin saberlo, impone el lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente.

Un fantasma en el que el paciente encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha. Precisamente este estado fantasmático de insatisfacción marca y domina toda la vida del neurótico.

T: ¿Margarita Ud., solicitó una cita aquí en la unidad de servicios psicológicos recién?, ... ¿plátiqueme que es lo que la trae por aquí?,

M: Vengo porque me siento abandonada, engañada, decepcionada de mi pareja, Esto es después de mi operación, este no es mí pelo, ¡es una peluca! esta mujer que está aquí no soy yo, es esta- Siento que el tumor que a mí me operaron me trajo muchas ventajas, porque ahora me doy cuenta de lo que antes no sentía y que no veía tan claro, pues al quitarme el tumor, ahora tengo más intensos mis sentimientos y me siento ser una mujer que no conozco que ahora puede asimilar, mas fuerte las cosas, antes el tumor me tenía como afectándome la pierna los brazos y parte de la cara, ahora siento muchos sentimientos y lloro a cada rato-

Por el historial que presenta se van adjudicando más argumentos como los que refiere que el marido maltrata a sus hijos y que después de haber sido intervenida quirúrgicamente por un tumor después de este puede ver con mayor claridad el que antes ese tumor a ella la

mantenía resistiéndose a poder expresar sus emociones y sentimientos una de las cosas por las que ahora ella está consciente de que ese tumor le hubiera estando opacando gran parte de su percepción como mujer.

La estructura de la neurosis histérica busca nombrarse como mujer a través de la imagen de su cuerpo, buscando agotar en la imagen la pregunta por la feminidad. Es una manera de nombrar lo innombrable en el lugar de lo femenino. Porque su feminidad le es extraña, ella venera a través de su propio cuerpo el misterio, que retiene el secreto de lo que ella es, intenta a través de otra mujer real, que le dé cuerpo.

M; Pues ahora que mi mamá está lastimada, antes yo no la veía, tanto era a mi papá a quien yo tenía en un pedestal, pero después de que se mure mi papá, yo ahora puedo ver con mas amor a mi mamá,

M; Yo pensaba,¿ cómo me llegué a enamorar tanto de Jaime?, y ¿como yo lo tenía en un pedestal?, y ¿cómo me di cuenta que era yo quien lo sostenía?, por eso ahora admiro a mi madre, como fue su vida de casada

“SOY MUJER SOY SATISFECHA Y SOY EXHAUSTA”

Cuerpo femenino-todo madre- que exige otro, el que se efectúa en el tiempo de análisis. Intervención en lo real, que vía presencia del analista ejerce una sustracción de dicho goce. A pesar de que a veces histeria y feminidad, parecen unidas por cierta complicidad que las entrelaza, en el transcurso de un análisis se hace precisa la distinción entre ambas.

T; Entonces (mas consiente).

T; ¿Y eso de convulsionar se presentaron antes de su cirugía?

M; La verdad sí. Y yo no sabía porque me daba todo esto. Bueno es que yo misma me provoqué el tumor,

T; ¿Cómo es esto?

M; Pues cuando yo era niña, yo veía a Margarita, la tía, como sufría fue la que le dije que su novio lo vio en la iglesia la que se quedó sin él, se había casado con otra, después pues ella sufría mucho de malestares y yo era muy chica, y escuchaba que tenía unos miomas en la matriz y pues era muy lamentable, para entonces dijeron que tenían que quitarle los miomas y de paso la matriz, y decía mi abuela, que le iban a quitarle dejar de ser mujer, y pues no entendía, desde entonces si me acuerdo, y yo veía como mi papá, se preocupaba por ella, entonces conforme iba yo creciendo a mi me daban los desmayos después pues además, como las mujeres son muy hormonales pues yo me quite la idea de seguir siendo mujer, porque a la edad de los 40 años me quite mi matriz, dejé de ser mujer antes que él se muriera, y así fue, entonces como ya no tenía esta parte de producción de hormonas ya no reglaba y entonces pues se desarrolló este tumor,(silencio prolongado)

T; Parece que se quedó muy pensativa?,

M; Si es que estaba pensando que ya no tengo nada más que decir bueno creo que decirle todo me hace sentir bien, es que yo no le había contado a nadie a nadie esto que ha pasado

T; Gracias por compartírmelo

M; Me siento muy libre pero muy libre finalmente de nada me sirvió, quitarme la matriz, pues perdí a mi padre y a Jaime también.

Para Freud el síntoma conversivo es una perturbación de una función del cuerpo, todo el cuerpo puede erogenizarse, sin alteración del órgano concernido, “sin causa orgánica”, a diferencia del fenómeno psicossomático, donde la función está afectada, hay enfermedad del cuerpo, no hay inscripción del significante en el inconsciente, sino herida en el cuerpo.

T; Entiendo, ahora se siente sufrir, y el ver ahora a Margarita en esta nueva faceta, de aprender a expresar sus sentimientos de repente siento que los vive pero que no los siente,

M; Ahora los vivo pero como que me cuesta trabajo de repente me siento más completa como mujer pero de repente como que fallo como mujer

“AMAR Y DEPENDER”

La neurosis de la histeria es un esfuerzo por negar, por un lado, los sentimientos de carencia y de vacío, y de otro, los sentimientos de celos y envidia que le inundan cuando siente que no participa en la escena primaria idealizada de su fantasía (Britton, 2003).

M: Con lo que me quedé fue con lo que me dijo la semana pasada, bueno en la última sesión, me quedé pensando. Si me siento sola y tengo mucho miedo cuando era niña mi papá me cuidaba como niño y a mí me gustaba que me tratara así, pero sentía muy feo pues mi papá siempre quiso un hombre y yo era niña y después cuando crecí me daba mucho coraje cuando mi papá no estaba del todo bien a gusto en la familia él se iba con sus hermanas a cenar a platicar, buscaba la manera de salir de la

casa y dejar a la familia y a mí me molestaba mucho que se fuera a comer con ellas pues la comida de mi mamá no le agradaba del todo y eso me puso a pensar ¿ por qué tengo que estar compitiendo con esto? con mis hermanas no competía pero con las hermanas de mi papá si

Al hablar de la historia familiar como antes lo refería en los datos de la historia clínica, hija primogénita de la relación de sus padres en que ella en base a la estructura edípica la idealización del padre y la identificación de la tía se manifiesta esta sintonía de esta triada dada los argumentos en los cuales manifiesta que es su padre el que deseaba tener un hijo por el que ella fue educada de tal forma que a su entender en el desarrollo de la complejidad no se sentía ser competente con sus hermanas ni con su madre.

Freud (1982), el síntoma de la neurosis histérica, que la mayoría consideraba de simulación, es de hecho una pantomima del deseo inconsciente, una expresión de lo reprimido. El síntoma se definirá más justamente como la expresión de un cumplimiento de deseo y la realización de un fantasma inconsciente que sirve al cumplimiento de ese deseo. En esta medida, es el retorno de una satisfacción sexual que ha estado por largo tiempo reprimida.

“SI QUIERES LLORARA, LLORA, NO TE ESCONDAS”

M; Por eso no quería venir porque la verdad es que no me quiero dar cuenta de lo que me está pasando, me regalaron otro libro, si quieres llorar llora pero no te escondas, por eso ahora que quiero llorar dejo que me vean, claro si es a mis hijos les comento porque lloro, para no asustarlos y ya lloro pero no me escondo;

T; ¿Como era antes cuando eras niña?

M; Si, me escondía, mucho porque no quería que mi papá me viera, ahora sí quiero llorar lloro si quiero reír río para convertirme en una súper mama qué bueno que viene porque ahora me doy cuenta que me estaba escondiendo de poderle seguir platicando mis cosas para que me conozca más.

Como hemos visto el argumento freudiano ubica a la mujer y la construcción de su feminidad (como identidad sexual). De esta forma la feminidad se normaliza por vía de la maternidad. Sin embargo, esto nos obliga a pensar en la histeria en la medida que articula como enigma una pregunta por lo femenino *¿Qué es una mujer?* La fórmula del fantasma histérico (así como del fantasma obsesivo) denota una la lógica fálica que comanda esta comprensión ubicándose la histeria como el objeto fálico que falta y completa al Otro, engarzando su deseo en función de encarnar una falta que luego terceriza imaginariamente en su pregunta por la feminidad.

Por lo tanto el dolor de la histeria, su goce, supone la insatisfacción de este deseo propio de la feminidad en la medida que se reprime el significante de la diferencia sexual que pudiera resolver dicho deseo (Braunstein, 2006).

Mantiene de esta forma su deseo insatisfecho y goza de ello. Esto nos permite homologar la posición histérica a la posición femenina en Freud.

Ciertamente Freud vió los límites y desafíos de su teoría (como lo hizo durante toda su obra) respecto la feminidad, siendo Lacan (como lo hizo durante toda su obra) quien retoma el hilo de este argumento.

En este sentido resulta claro como a propósito de la relación entre mujer y madre, en el marco de una lógica fálica, se vuelve un desafío para el psicoanálisis distinguir entre la mujer freudiana y la posición histérica. Más aún –la histérica– es siempre femenina (Braunstein, 2006; Israël, 1979; Nasio, 1998; Pommier, 1995), lo que no significa que siempre sea mujer a nivel del goce.

CAPITULO V

SÍNTESIS CLÍNICA

La neurosis histérica es una enfermedad que ha tratado a lo largo de la historia ser explicada y teorizada, debido a su enigmática etiología, su ininteligible procedencia y manifestación.

Los médicos y filósofos de la antigüedad la consideraron como una enfermedad orgánica de origen uterino, de ahí su nombre, útero o matriz, que en griego se le denomina “*hystera*” y por lo tanto es exclusivo del sexo femenino, no obstante, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis han contribuido a su explicación etiológica y dan un concepto que la puede explicar más a fondo, por ejemplo, la psiquiatría la define como aquella enfermedad con manifestaciones múltiples en las que se produce una falta del campo de la conciencia y una alteración de la función motriz o sensorial; la psicología por su parte la conceptualiza como un trastorno somatoforme en el que hay un deterioro en la función sensorial o motora sin ninguna causa física aparente; el psicoanálisis, como inquisidor del inconsciente le atribuye como un deseo derivado de la falta de un objeto que se perdió en la infancia y quedó relegado de la conciencia de la persona. Dicha estructura neurótica está compuesta de síntomas, ataques, identificaciones y perturbaciones en la conducta y vida del sujeto.

Freud atribuyó a la histeria como una neurosis derivada de los impulsos reprimidos provocando al individuo reproches hacia sí mismo o castigos histéricos y/o bien como representaciones inconscientes reprimidas que buscan su manifestación por vía somática, específicamente partes del cuerpo que se encuentran ligados simbólicamente con el deseo que se busca decir.

Por otra parte, Lacan traza al sujeto en la neurosis en el plano significativo, en relación con su ser. Se cuestiona ¿Qué es ser una mujer?; esta pregunta se sitúa a nivel del Otro, la integración de la sexualidad está ligada al reconocimiento simbólico, la ley le permite al sujeto realizar su sexualidad en el plano simbólico. En la medida que esta pregunta simbólica fue despertada, originó una descomposición de la neurosis y se organizaron los síntomas que cobrarán su valor de una formulación o reformulación insistente a esa pregunta.

Este componente de la estructura histérica es desarrollado por Lacan en la culminación de su período estructuralista, pero también permanece durante el resto de su enseñanza. El deseo se distingue de la demanda porque no apunta a un objeto de satisfacción sino a otro deseo, es deseo de deseo. De este modo, la insatisfacción le es constitutiva. Sin embargo, dicha insatisfacción resulta doblemente acentuada en la histeria. Por una parte, se crea un deseo insatisfecho para no quedar sometido a la demanda del otro; por otra, insatisface al otro para sostener su deseo.

Lo anterior permitió observar que a través, de la neurosis y su estructura histérica pretendía resolver ese cuestionamiento que dejó entre dicho su sexualidad o bien la

represión de los deseos inconscientes con respecto a la relación edípica principalmente con su padre. A ese padre, impotente e idealizado, la histérica o el histérico lo aman.

Éste es el rasgo con que Lacan define en uno de sus últimos seminarios, en términos de nudos, lo real de la estructura en la histeria: el *sinthome* de la armadura del padre. "La diferencia entre la histérica y yo -quien, en suma, a fuerza de tener un inconsciente, lo unifico con mi consciente- es que la histérica está sostenida por una armadura, distinta de su consciente, y que es su amor por su padre.

Todo lo que conocemos de esos casos enunciados por Freud concernientes a la histeria, ya se trate de Anna O., de Emmy von N., de Isabel von R., lo confirma. El montaje es la cadena, la cadena de las generaciones"

Esta última definición de la histeria en su relación con las identificaciones constituye uno de los puntos a continuar explorando en mi próximo proyecto.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha delimitado en primer término lo esencial de la elaboración freudiana en relación con la estructura de la neurosis histérica, concluyendo que, si bien se puede reconocer algunas otras referencias en este sentido (tales como consideraciones etiológicas sobre la especificidad de la situación traumática infantil, indicaciones diagnósticas en cuanto al rechazo de la sexualidad, relaciones íntimas con algunas formas de identificación), sin embargo, el concepto de conversión constituye el eje principal del abordaje conceptual de la histeria por parte de Freud.

En segundo lugar, ha caracterizado la elaboración de Lacan acerca de la histeria por medio de una secuencia de desarrollos teóricos formulados en diferentes momentos de su obra, pero que se interrelacionan formando una red conceptual: la fragmentación corporal, la identificación viril, el deseo insatisfecho, el discurso de la histeria, el goce de la privación, el amor al padre.

Esta caracterización destaca las diferencias entre las conceptualizaciones de Freud y de Lacan respecto de la histeria, señalando que, mientras en el primero predomina el registro de la psicopatología, en el segundo se trata de una modalidad de la subjetividad y de una forma de discurso.

Además, subraya la ausencia casi absoluta del concepto de conversión en la obra de Lacan. Finalmente, muestra que aunque éste último retoma muchos de los conceptos formulados por Freud, su perspectiva difiere sensiblemente respecto de la del padre del psicoanálisis en este tema.

Más allá de su variabilidad, es destacar desde el inicio de mi formación en la clínica lo que me aportado, (enriquecido) el examinar las constantes que permanecen en el tiempo de este caso en curso actualmente, y que tienen su influencia fundamental en el plano de la terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- Chemama, R. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Amorrortu.
- Decker, H. (1999). Freud, Dora y la Viena de 1900. España: Biblioteca Nueva.
- Dor, J (1996). *Clínica Psicoanalítica*. España: Gedisa.
- Dor, J (2000). Introducción a la lectura de Lacan. México: Gedisa
- Dylan. E (1997). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaneano. Argentina: Paidós.
- Ferré. J.M. (2003). Enciclopedia de la psicología. Vol. 4.España: Océano.
- Fenichel, O (2003). Teoría psicoanalítica de la neurosis. México: Paidós
- Freud, S (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). O.C. Tomo VII. Argentina: Amorrortu (2000).
- Freud, S (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. O.C. Tomo XII. Argentina: Amorrortu (2001).
- Freud, S (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). O.T. Argentina: Amorrortu (2001).
- Israël, L (1979). La histeria, el sexo y el médico. España: toray-masson, S.A.
- Lacan, J (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos 1. México: Siglo XXI (2005)
- Lacan, J (1955). Introducción del Gran Otro. Seminario 2. Argentina: Paidós. (2001).
- Lacan, J (1956). La pregunta Histórica (II): ¿Qué es una mujer? Seminario 3. Argentina: Paidós. (2002).
- Lacan, J (1958). La significación del falo. Escritos 2. México: Siglo XXI (2003)
- (1993) “La metáfora del Sujeto” EN: Escritos II. Siglo Veintiuno Editores. México
D. F.: México
- Bleichmar, S (1986). En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Amorrortu (1999)
Temas de psicoanálisis Núm. 4 – Junio 2012
- Echevarría,(2012) La vivencia del sí mismo y de la identidad
- Saldías, P. y Lora, M.E. (2006) *síntoma conversivo en la histeria* Ajayu, Vol. IV. 2
- Lacan, J. (2001) *Seminario 1 “Los escritos técnicos de Freud”*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1993) “*La metáfora del Sujeto*” En: Escritos II. Siglo Veintiuno Editores. México
- Freud, (1905) “El fenómeno de la transferencia.”
- Freud, S. (1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria. El cuadro clínico*, Obras Completas, Vol 2, Amorrortu editores, Buenos Aires 2003.
- Freud, (1914) Remembering, repeating and working-Through.
- Alfredo Reyes Corey 2011, Medico, Universidad del valle, Miembro fundador del Grupo de la Asociacon Vallecaucana de Psicoanalisis, Cali, Colombia.
- Dor, J. *Estructuras clínicas y Psicoanálisis*, Amorrortu editores, Buenos Aires 1991.
págs. 90-95 Psicoanálisis y Estructura de la Personalidad. Daniel Lagache. La Lucerna ENSAYOS.
Santiago Thompson, – Arturo Frydman – Laura Salinas – Gabriel Lombardi (2005)
el proceso diagnóstico en psicoanálisis
- Lombardi, G. (2002). *Nota sobre los diagnósticos difíciles. En Lombardi, G. et al.*

Vestigios clínicos de lo real en el Hombre de los Lobos (pp. 13-26). Buenos Aires: JVE.

Las neurosis revisitadas

En el ciento cincuenta aniversario del nacimiento de Freud

Eduardo Braier