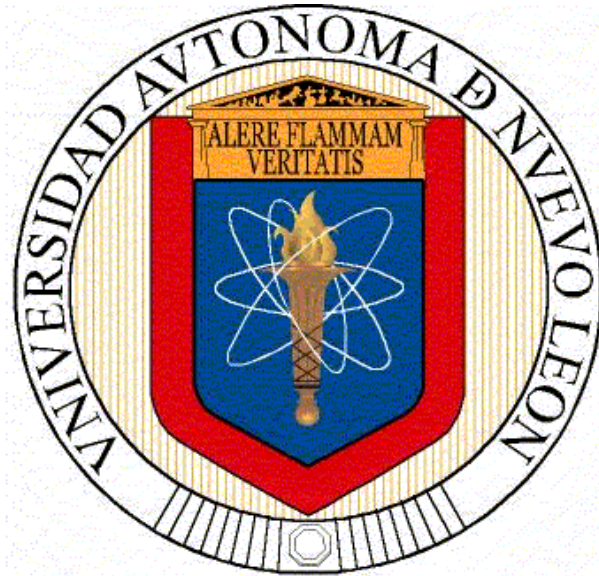


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**“NO LO MEREZCO, LA INSATISFACCIÓN EN UN CASO DE
HISTERIA FEMENINA”**

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

PRESENTA:

MARÍA DE LOS MILAGROS GÓMEZ ARENAS

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

MONTERREY, NUEVO LEÓN DICIEMBRE 2014

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



TESIS

**“NO LO MEREZCO, LA INSATISFACCIÓN EN UN CASO DE
HISTERIA FEMENINA”**

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

PRESENTA:

MARÍA DE LOS MILAGROS GÓMEZ ARENAS

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

MONTERREY, NUEVO LEÓN DICIEMBRE 2014

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



TESIS

**“NO LO MEREZCO, LA INSATISFACCIÓN EN UN CASO DE
HISTERIA FEMENINA”**

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

**PRESENTA:
MARÍA DE LOS MILAGROS GÓMEZ ARENAS**

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

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

MONTERREY, NUEVO LEÓN DICIEMBRE 2014

AGRADECIMIENTOS

La realización de este proyecto de tesis ha sido siempre un sueño anhelado que puedo compartir con mi gran familia y amigos que tanto apoyo me han brindado, a mis padres, hermanos, esposo y mi hijo que son la principal razón para seguir superándome en lo profesional y personal.

Así también a todos aquellos que creyeron en mí y dieron la oportunidad de seguir preparándome en mi formación profesional, gracias Dr. José Armando Peña Moreno director de mi facultad de Psicología UANL y Mtra. Magaly Cárdenas Rodríguez por el apoyo brindado.

Reconozco en especial a mi directora de tesis la Dra. Blanca Idalia Montoya Flores por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito, de la misma manera el apoyo de mis revisores la Dra. Edith Pompa y Dra. Martha Alicia Sánchez por sus observaciones para mejorar y enriquecer mis conocimientos.

Me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a la Mtra. Cristina Sánchez y Mtro. Guillermo Veytia por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Y por último a mis jefes directos de trabajo Mtra. Natalia Carlos Ruedas y Mtro. Jorge Vázquez, quienes depositaron en mi toda su confianza y me dieron una gran oportunidad, ellos han sido como unos padres de profesión, motivándome a seguir adelante, demostrando siempre ser personas con una gran calidad humana, a los cuales respeto y admiro.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones...

...gracias a todos.

INDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Objetivos general.....	10
1.2.1 Objetivos específicos.....	10
1.3 Supuestos.....	10
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11
2.1 La histeria y el psicoanálisis.....	11
2.2 La importancia del complejo de Edipo en la estructura histérica en Freud.....	13
2.3 La identificación de la histérica con la figura materna para asumirse como objeto del otro.....	18
2.4 El deseo de la histeria para asumirse como objeto (fálico).....	21
2.5 La histeria y su relación con la feminidad.....	22
2.6 La insatisfacción del deseo en la histeria según Freud y Lacan.....	23
CAPITULO III METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO.....	27
3.1 Modelo de intervención.....	33
3.2 Formas de intervención.....	37
CAPÍTULO IV. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.....	39
4.1 Historia clínica.....	39
4.1.1 Resumen general del caso clínico.....	49
4.1.2 Motivo de consulta.....	52
4.1.3 Demanda de tratamiento.....	53
4.1.4 Descripción de los síntomas.....	54
4.1.5 Impresión diagnóstica.....	58
4.2 Descripción de la estructura subjetiva.....	59
4.2.1 Contexto familiar.....	60

4.2.2 Figuras significativas.....	60
4.2.3 Estructuración Edípica.....	62
4.2.4 Eventos traumáticos.....	62
4.2.5 Perfil subjetivo.....	66
4.3 Construcción del caso.....	70
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	91
5.1 Síntesis de la intervención clínica.....	91
5.2 Discusión y conclusiones personales.....	94
BIBLIOGRAFÍA	

RESUMEN

La paciente de 18 años, católica, estudiante de universidad, es la quinta hija de la familia, con cuatro hermanos mayores y dos menores, su padre un profesor renombrado del pueblo y su madre devota religiosa, dedicada al hogar.

En el motivo de consulta refiere estar atrapada en el deseo del otro, en diferentes relaciones de pareja complicadas, con un aborto hasta el momento y un posible embarazo, además de las frecuentes dificultades familiares que tiene, en la relación con su padre, con su madre, su hermana la mayor, etc.

La paciente presenta los siguientes síntomas, irritabilidad, ansiedad, preocupación constante que le suceda algo, descuido de su sexualidad, dolores de cabeza, estreñimiento muy normal para todas las mujeres de su familia, insomnio, sin duda alguna su cuerpo está simbolizando la pregunta ¿Qué es ser mujer?

Ella solicita terapia porque ya no sabe qué hacer con todas las situaciones que la agobian, “me siento sucia”, principalmente lo relacionado con su sexualidad.

En una relación de pareja, la paciente encontró una salida a las diferentes problemáticas familiares. Su madre es una persona de creencias religiosas, y su padre demasiado autoritario y rígido, es una figura idealizada.

Durante el presente trabajo se trata de evidenciar la trayectoria que ha seguido el caso, bajo el método clínico psicoanalítico. Se retoma un caso clínico de neurosis histérica desde Freud, el cual permitió analizar la estructuración subjetiva de la paciente, lo que la coloca en una posición de objeto frente a sus relaciones pareja; mostrándose que la identificación con la figura materna la orilla a sentirse insatisfecha y donde reniega de su condición de mujer.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

En la actualidad la histeria ya no es encontrada como aquella que reportaba Freud en sus escritos, cada vez se desvanece en los diagnósticos psiquiátricos como enfermedad.

La histeria no es como lo fue en los comienzos del psicoanálisis, el principal objeto de atención, pero se puede encontrar alguna herencia en otros cuadros neuróticos, ha tenido cambios la histeria que hoy en día se encuentra en los consultorios.

El hecho de que la histeria tenga nuevas formas de manifestarse no quiere decir que la estructura histérica haya desaparecido. La histérica sigue reclamando un amor por el hecho de desconocer su deseo.

Haciendo uso del dispositivo analítico durante el tratamiento de esta paciente, el cual constituye un espacio donde el inconsciente tiene sentido, se retomaron los escritos de poco más de cien sesiones.

Las cuales permitieron documentar este estudio de caso, el tratamiento se interrumpió por necesidades de la paciente, además se tienen algunas interpretaciones del fin de tratamiento; la información se conservó por medio de viñetas, escritos, observaciones de las supervisiones, lo cual expone la científicidad de este reporte de caso clínico, en donde se encuentran las diferentes formas en que la paciente se cuestiona ¿Por ser mujer, no lo merezco?

1.1. ANTECEDENTES

La concepción de la histeria se remonta desde la antigüedad, la cual existió por la descripción realizada por Platón y el médico Hipócrates, en la Grecia antigua existía un mito, el cual hacía referencia a que el útero deambulaba por el cuerpo de la mujer, causando enfermedades; además de tener su origen en la palabra griega *hystera* (útero).

En el siglo II, Galeno un médico, describió a la histeria como una enfermedad causada por la privación sexual en mujeres, ocasionando el diagnóstico de la histeria, en vírgenes, monjas, viudas, etc. El procedimiento sugerido era el coito, el matrimonio. Durante la época victoriana la histeria femenina tenía un diagnóstico habitual, donde los síntomas podían ser el insomnio, retención de líquidos, desfallecimientos, entre otros.

Al igual que en la antigua Grecia, el tratamiento consistía en un masaje pélvico, llamado "paroxismo histérico", ya que consideraba el deseo sexual reprimido de las mujeres una enfermedad.

Después de este recorrido, Freud menciona que había algo más allá de la conciencia, es decir, comenzó a descubrir el inconsciente. Concluyó que lo que se conocía como histeria femenina era provocado por un hecho traumático que había sido reprimido en el inconsciente, el cual seguía aflorando en forma de ataques que carecían de explicación (Breuer y Freud, 1893).

Freud en 1895 (López, 2007) habla de la histeria, sacándola del pozo vergonzoso al que hasta entonces la habían condenado los prejuicios médicos y le otorgó una dignidad clínica fundamental, convirtiéndola en la piedra angular sobre la que empezó a construir el psicoanálisis.

Así también otros estudiaron la identidad clínica de la histeria, tal es el caso de Jacques Lacan (1957), el cual se plantea el mecanismo de constitución de los síntomas histéricos, coloca en el primer plano, no la conversión, sino otro mecanismo freudiano, la identificación al síntoma del otro. La histérica sigue reclamando un amo por el hecho de desconocer su deseo, continua demandando ser escuchada por otro que permanece ciego a su presencia y sordo a su voz, sin embargo, el dispositivo analítico constituye un espacio en donde el inconsciente tiene sentido en el campo del Otro y “no es el efecto de sentido el que opera en la interpretación, sino la articulación en el síntoma de los significantes (sin ningún sentido) que se encuentran allí apresados” (Lacan, 1964).

La mujer no existe, decía Lacan (Peskin, 2011), refiriéndose como el lógico a esa mujer que respondería por completo a la esencia de la femineidad. En su lugar hay una ausencia, y esa ausencia es lo relevante en la presentación de este trabajo, planteándose la subjetividad histérica y la idea de ser considerado como objeto para el otro.

En este caso de histeria, donde se muestra una renegación y devaluación, no es el odio lo que se reprime sino el amor, el amor por el Otro femenino, la mujer mayúscula, la mujer ideal; amor que surge en el paciente con episodios de odio tenaz y rencor tan propios del paciente histérico.

1.2. OBJETIVOS GENERAL

Describir y analizar en una paciente histérica su posición frente al complejo de Edipo.

1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la estructura subjetiva y su posición como objeto, en este caso de histeria.
2. Analizar la posición femenina en relación a la identificación con la figura materna.
3. Analizar si la insatisfacción está relacionada a la identificación con la figura materna.

1.3. SUPUESTOS

1. En la histeria se toma la posición de objeto para alcanzar la feminidad.
2. Se puede decir que la identificación histérica fracasa al introyectar las cualidades del objeto, porque la identificación corresponde a un conflicto edípico no resuelto.
3. La insatisfacción está relacionada con la carencia determinada por su identificación con la figura materna.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. LA HISTERIA Y EL PSICOANÁLISIS

Es importante mencionar que el psicoanálisis y la psicopatología se hallan relacionados desde los comienzos de la obra freudiana, como necesariamente han de estarlo una teoría, una clínica y un método, implicados en un proceso epistemológico que buscará analizar, interpretar y llevar un tratamiento psicoanalítico para los trastornos psíquicos.

Sobre la histeria, parece que todo estuviera dicho; conocemos la primera referencia dibujada en jeroglíficos en lo que se conserva del *Papyrus Kahun*, que tiene más de veinte siglos. Una de las últimas referencias, consiste en su desvanecimiento desde la edición del *mental disorders diagnostic manual*, en 1952, el manual internacional del psiquiatra, suprimiera el término.

Tras caer en desuso, la histeria desaparece como entidad nosográfica específica, como enfermedad. De otras épocas solo quedan unas pocas huellas.

Esta entidad nosográfica ha quedado reducida médica y psiquiátricamente al silencio, aunque también es muy cierto que la histeria no es ya, como lo fue en los comienzos del psicoanálisis, el principal objeto de atención, pero no resultaría difícil rastrear en diversos trabajos de psicopatología psicoanalítica, hay quienes consideran que ha dejado herencia en las patologías llamadas borderline.

Recordemos la manera en que Sigmund Freud podía localizar la aparición de la histeria en el punto de encuentro de una exigencia sexual desmesurada y de una repulsa igualmente exagerada de la sexualidad.

Aunque la generalización de la etiología sexual a la que se entrega Freud no está exenta de cierto cambio de sentido. ¿Qué significa “sexual” desde el punto de vista psicoanalítico? No es equivalente a “genital”. La idea de las sexualidades parciales, dígase oral, anal, otras; se hará presente hasta años más tarde, para poder ser formulada. Sin embargo, desde los años 1890, ya se percibía un movimiento hacia lo infantil, hacia el infantilismo de la sexualidad.

Después de la hipótesis anterior, surge un nuevo sentido para Freud, que va desde lo patológico a lo normal, y muy pronto, la histeria dejará de ser su primera preocupación.

El “siempre” de la sexualidad invade primero el conjunto del paisaje psicopatológico, antes de dar el salto decisivo hacia la vida psíquica común. Cuando Freud escribe en 1912 que hay algo en la naturaleza misma del impulso sexual que se opone a la plena satisfacción y que no hay ningún objeto que pueda aplacar adecuadamente esta exigencia, da del impulso mismo una imagen de la histeria, instalando el modelo de ésta en lo más secreto de la vida psíquica (André, Richard y Lanouzière, 1999).

2.2. LA IMPORTANCIA DEL COMPLEJO DE EDIPO EN LA ESTRUCTURA HISTÉRICA DESDE FREUD.

Antes de 1897, Freud pensaba que la etiología de la histeria residía en una seducción del sujeto, siendo aún niño, por un adulto (cuya figura por excelencia sería la del padre perverso e incestuoso). Abandona esta concepción en favor del complejo de Edipo y de la pasividad pulsional.

De todas maneras, no se puede hacer la separación, en el discurso de los pacientes, entre “la verdad y la ficción investida de afecto”. Aporta una solución teórica: “el fantasma sexual gira siempre en torno al tema de los padres” (S. Freud, carta del 21 de septiembre de 1987 a W. Fliess).

Con la hipótesis del fantasma sexual “en torno al tema de los padres” y con el relato de una seducción por parte del padre, Freud plantea la problemática de la histeria: el complejo de Edipo.

En las cartas precedentes, ya se mostraba interesado por los fantasmas infantiles, y el 25 de mayo de 1897 escribía que “el elemento reprimido esencial es siempre el elemento femenino.

El niño, privado de relaciones sexuales, desarrollará una “nostalgia”: la proximidad con el progenitor edípico deseado será reemplazada por la masturbación y el fantasma. Freud hace referencia a partir de 1897 a un mito situado más allá de las variaciones de lo vivido individualmente, y afirma la universalidad del Edipo del cual dirá (en 1905) que todo ser humano se impone la tarea de dominarlo, pero hasta 1923 da un informe completo en “El Yo y el Ello”.

Al final de la obra de Freud en 1932, reaparece la idea de una seducción precoz, pero de distinta manera: “aquí la fantasía toca el suelo de la realidad efectiva, es la madre quien, en el cumplimiento de los cuidados corporales, provocó, y quizás incluso despertó, por primera vez sensaciones de placer en el órgano genital” (André, et. al., 1999, p.59)

Lo anterior Freud ya lo había considerado en 1895, donde toma en consideración todo el alcance de las relaciones precoces madre- niño, hablando de angustia del bebé totalmente dependiente de la intervención de la madre, ésta como la persona auxiliadora.

Por otro lado, en la histeria, la actividad pulsional sufre una inversión en la pasividad, la cual Freud en 1915, designa como imposición de una “meta pasiva” del impulso: el sujeto buscaría, en ocasiones de forma activa, un contexto de sumisión y de pasividad en la relación con el objeto deseado como condición del goce máximo (que debe ser experimentado como algo impuesto por el objeto tiránico, cuando de hecho es el sujeto quien instituye un ídolo para actualizar su fantasma de ser seducido). La persona histérica necesita dar un rodeo por la pasividad para sentir la excitación sexual: tiende a erigir el objeto tirano, pero su fantasma primero es más bien el de dominar al objeto.

En 1905, y a partir de los Tres ensayos sobre teoría sexual, Freud afirmaba que el objeto del impulso puede ser extremadamente variable, pero en 1915 agrega que la meta de un impulso puede transformarse, incluso invertirse (vuelta hacia lo contrario), ligada a un cambio de objeto.

La noción de la meta pasiva del impulso participa de la hipótesis de vuelta sobre sí mismo en la histeria: la búsqueda de la pasividad como condición del goce expresa un erotismo auto-erótico. El impulso dirigido hacia el objeto vuelve en parte sobre el sujeto, alimentando una mezcla de auto-erotismo y de espera de una actividad del compañero.

La vuelta hacia uno mismo, corolario de la inversión de la meta del impulso de la actividad hacia la pasividad, es descrita por Freud en su obra los instintos y sus destinos en 1915 como una interiorización de un compañero seductor: “la meta activa, atormentar, mirar, es sustituida por la meta pasiva: ser atormentado, ser mirado...” (Lanouziere, 1999, p.62).

En 1905, “Fragmentos de un análisis de histeria”, Freud establece la teoría psicoanalítica completa de la neurosis histérica. Se encuentra un análisis acabado de las identificaciones histéricas del complejo de Edipo, de los fantasmas inconscientes, así como de la negativa a lo sexual y de la represión que supone. En la identificación, el yo se apropia de las cualidades psíquicas del objeto.

Freud distingue las identificaciones secundarias, que pueden y deben cambiarlo todo a lo largo de la vida en función de las modificaciones de las relaciones de objetos y del sentimiento de identidad, mientras que la identificación primaria, constitutiva de un núcleo estable y de una continuidad del yo.

La identificación histérica forma parte de las identificaciones secundarias, en el seno de las cuales aquella se caracteriza por una extrema labilidad, una dimensión de imitación caricaturesca, una coexistencia de identificaciones contradictorias, así como por su manera de tomar prestado un rasgo parcial de su objeto.

Se puede decir que la identificación histérica fracasa al introyectar las cualidades del objeto, porque la identificación corresponde a un conflicto edípico no resuelto, de lo cual el caso Dora, es un buen ejemplo.

En su relación con el padre, con el hombre, no es raro que la mujer histérica se lance a una rivalidad, por ejemplo intelectual y social, al querer brillar tanto como él para darle satisfacción al devolver como en un espejo una imagen fálica, y constituyéndose así como una persona diferente de la madre relegada a una feminidad tradicional. Pero este brillo oculta a la vez un miedo de castrar al padre con mayor éxito que él, y el temor a fracasar, a decepcionarle y a mostrarse castrada.

La identificación histérica fundamental es una identificación con la angustia de castración del padre, tanto en las mujeres como en los varones, en quien esta identificación podrá alimentar una neurosis de fracaso o la elección de la solución homosexual (Freud, 1905).

En la neurosis histérica, el sujeto se pregunta con inquietud si el padre tiene realmente el falo, en la vertiente homosexual en el hombre y sobre el de una vocación de seductora reparadora de los hombres en la mujer. Por ejemplo Elizabeth Von R., totalmente entregada a su padre enfermo, sumisa a su espera; se puede ver claramente que si la histérica trata de sostener la falicidad del padre.

Freud fue el primero en evidenciar la identificación fálica de la mujer histérica, en su caso Dora, y plantea la posibilidad de dos destinos para esta identificación fálica: el de la amazona que no teme a nada y el del rechazo del mundo tal y como es en una exteriorización salvadora.

Al hablar de neurosis de histeria, se entiende que abarca hasta el complejo de Edipo con fuerte componente de represión, de angustia de castración y de bisexualidad.

2.3. LA IDENTIFICACIÓN DE LA HISTÉRICA CON LA FIGURA MATERNA PARA ASUMIRSE COMO OBJETO DEL OTRO.

Durante el caso de Elizabeth von R. la cual comienza su tratamiento en 1895, Freud habla de las histéricas, de la propensión a la total dedicación, correspondiente a un sacrificio del deseo personal en favor del deseo del otro, así como a una dificultad para representar y expresar el deseo.

Siguiendo las premisas de Lacan en la histeria, la identificación viril constituye el medio para intentar producir una respuesta a la pregunta ¿Qué supone tener el sexo que tengo? ¿Qué quiere decir tener sexo? ¿Qué es ser mujer? Se considera que esta problemática encuentra su raíz en la ausencia de un significante de la mujer, carencia que impide que esta acceda a la feminidad por medio de la identificación con un significante, ya que no existe ninguno que se preste a tal función.

Sin embargo, la desventaja en que se encuentra la mujer en cuanto al acceso a la identidad de su propio sexo, en cuanto a su sexualización como tal, se convierte en la histeria en una ventaja, gracias a su identificación imaginaria al padre, que le es perfectamente accesible, debido especialmente a su lugar en la composición del Edipo. La histérica se identifica imaginariamente con el hombre para, desde allí, intentar responder a la pregunta sobre qué es ser una mujer por intermedio de la mirada masculina.

La insatisfacción es un componente importante en la histeria, la cual resulta doblemente acentuada en el paciente histérico. 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. Si el sujeto necesita crearse un deseo insatisfecho, es que ésta es la condición para que se constituya para él un Otro real, es decir, que no sea del todo inmanente a la satisfacción recíproca de la demanda, a la completa captura del deseo del sujeto por la palabra del Otro. En efecto, el deseo de la histérica no es deseo de un objeto sino deseo de un deseo, esfuerzo por mantenerse frente a ese punto donde ella convoca a su deseo, el punto donde se encuentra el deseo del Otro (Mazzuca, Canónico, Esseiva, Mazzuca, 2008).

Lacan analiza con sumo detalle y precisión el sueño de la bella carnicera y su interpretación por parte de Freud, distingue tres identificaciones en la soñante: la primera, en relación con la amiga; la segunda, con el marido; la tercera, con el falo como significante del deseo. La segunda de estas formas coincide con el concepto de identificación viril de la histérica. La primera responde más bien al concepto freudiano de identificación histérica, e implica una relación libidinal previa con el objeto de la identificación (la amiga es un objeto rival).

Sin embargo, Lacan terminará por asimilar este concepto con otro concepto freudiano, el de identificación a través del síntoma, identificación que, según Freud, no es secundaria, es decir que no implica una previa relación de objeto, sino que recae sobre un objeto indiferente pero en el que se reconoce algún rasgo común. Lacan denomina a esta forma de identificación, a través del síntoma, como “tercera identificación freudiana” y destaca en ella el rasgo de comunidad de deseo: el sujeto reconoce en el otro un mismo deseo. Es el caso del famoso sueño ya mencionado: la bella y su amiga disfrutaban, ambas, de crear y mantener un deseo insatisfecho (Ibíd., 2008).

2.4. EL DESEO DE LA HISTERIA PARA ASUMIRSE COMO OBJETO (FÁLICO)

En el discurso de Lacan sobre el padre como metáfora (el padre sustituye a la madre frente al niño e instituye así una terna), como Nombre del Padre, se encuentra el “significante que da soporte a la ley, que promulga la ley”. Así también se encuentra la idealización y la sobrestimación típicamente histéricas del padre, de las cuales sabemos que compensan un desprecio y una subestima inversa (Lacan, 1975).

Se encuentra, el padre “real” calificado como “minable”, y el padre imaginario descrito como tiránico o seductor (fantasma de la persona histérica); solo el padre simbólico (función paterna, de soporte de la ley y de organización de la estructura del parentesco).

El fantasma histérico de un padre seductor grandioso es coherente con la teoría del falo como significante del deseo y con la de la histeria como deseo de insatisfacción (André, Richard y Lanouzière, 1999).

2.5. LA HISTERIA Y SU RELACIÓN CON LA FEMINIDAD

Desde las mujeres de la Salpêtrière a Emmy, Lucy, Katharina, Dora, las cuales fueron pacientes de Freud, surgió inevitablemente la cuestión de la existencia de un lazo electivo entre la histeria y lo femenino. En 1886, Freud en una de sus primeras conferencias sobre el tema, sigue la tesis de la histeria desde Charcot. Sabemos que a medida que avanza en sus estudios, Freud defenderá la idea de que la pasividad, a través de una experiencia sexual de pasividad conocida durante la infancia, tiene un valor etiológico, siendo la mayor frecuencia de la histeria en las mujeres consecuencia segunda de la afinidad entre feminidad y pasividad.

Aunque la búsqueda de la identidad femenina es un rasgo destacado de la histeria en las mujeres. La exposición de los signos y de los comportamientos de la seducción trata de compensar una inquietud que tiene que ver no solo con la capacidad de ser deseada y amada, sino más profundamente con una incertidumbre sobre la identidad sexuada.

El núcleo histérico de la neurosis infantil habrá cumplido entonces su tarea, cuando el sujeto se haya identificado totalmente con la imago primitiva de una madre que rechaza, en la escena primitiva, el goce impuesto por el padre.

El deseo de quedarse insatisfecho es, en el fondo, una identificación infantil aterrada, tanto en el hombre como en la mujer, por una representación inconsciente de una madre traumatizada e histérica también, dividida entre el goce en la sumisión y el rechazo de la sexualidad en la revuelta contra el padre seductor y castrador (André, et. al., 1999).

2.6. LA INSATISFACCIÓN DEL DESEO EN LA HISTERIA SEGÚN FREUD Y LACAN

Freud destina a la mujer a ser no sólo madre de su hijo, sino a ser madre de su marido y no hay duda de que hijo y marido-hijo tienen la función de satisfacer, como por procuración, la aspiración al tener fálico.

La civilización occidental contemporánea ya no trata al Otro por la segregación que fue tan eficaz, pues ella taponaba los problemas, administrando los espacios (para) la mujer la casa; para el hombre, el mundo: para la mujer, el hijo; para el hombre, la carrera. Para la mujer, la abnegación del amor; para el hombre, el ejercicio del poder, etc.

Este Otro absoluto de un goce no-todo podría ser lo que significa la expresión antiprogresista de “eterno femenino”, incomprensible, que no se puede calcular, la cara de un Dios otro, absoluto, que la mujer resinifica.

Lo cual lleva a Soler (2010) a señalarnos una inquietud ambigua frente a las mujeres de hoy: de rivalidad fálica pero sobre todo de “fascinación llena de temor” y también de envidia por su “Otridad” que lo unisexo no logra reducir. Toda esta inquietud, suele esconderse bajo un discurso cínico. De lado de las mujeres encontramos síntomas igualmente inéditos, los más importantes: degradación, inhibición y mujeres en el papel de padre.

Refiriéndose a la *degradación* de la vida amorosa que Freud diagnosticó en los hombres, en 1958 Lacan anotó que en las mujeres “no hay separación sino convergencia del amor y del deseo sobre el mismo objeto” pero que “el primero se encuentra disimulado por el segundo”. Soler agrega que hoy, liberadas de la única opción del matrimonio, muchas mujeres aman por un lado y desean y gozan por otro. La parece que el cambio “es patente en la clínica”. Por otra parte, encontramos las nuevas inhibiciones femeninas ahí donde es posible la elección.

Soler ve en las mujeres de hoy el mismo distanciamiento ante el acto que tiene el hombre obsesivo: dudas frente a las decisiones fundamentales y sobre todo en el amor. El hombre y el hijo, deseados pero aplazados “hasta un mejor encuentro” (2006) son una de las principales razones para una demanda de análisis.

La mujer en el papel de padre es una configuración muy frecuente hoy: se acerca a los cuarenta, es soltera, tiene conciencia de que el tiempo pasa y no ha encontrado a un “hombre digno de ser padre” de su hijo.

Las nuevas libertades colocan a estas mujeres en posición de “juez y medidoras del padre” en un discurso que transmite una metáfora paterna invertida y hace evidente “la carencia paterna propia de nuestra civilización, en la medida que instituye la mujer-madre en posición de sujeto supuesto saber del ser padre (Busco) a un padre (significa que) no lo hay, al menos digno de mi exigencia” (Ibíd., 2006).

Lacan parece mostrar un acercamiento entre lo real, la mujer y la histeria, que induce a pensar que la aceptación de la feminidad podría llevar a la locura, en una especie de superación de la histeria cuando el goce es proyectado en el lugar del Otro. La mujer puede autorizarse a hablar situándose en relación con el Nombre del Padre.

Para Freud, la fase edípica es la que permite “corregir la dispersión polimorfa de las pulsiones por medio de las identificaciones unificadoras” (Soler, 2006), de manera que la identificación sería el proceso mediante el cual lo simbólico asegura sus influencias sobre lo real.

De esta forma, Freud le da consistencia al discurso del Otro que anuda con la anatomía sus normas, modelos, obligaciones y prohibiciones, imponiendo así una solución general al complejo de castración, la solución heterosexual, se trata de un Otro, que le dice lo que debe hacer, como hombre o como mujer.

En suma, lo que Freud afirma es que hacerse hombre o mujer es una cuestión de identificación y, por lo tanto, de asimilación de los modelos sociales. En cambio, Lacan identifica al hombre y la mujer por su modo de goce. En las fórmulas se muestran formas de inscribirse en la función fálica: la que no es nada más que la función del goce que, por el hecho del lenguaje, cae bajo el golpe de la castración.

Así quedan definidos hombre y mujer: Es hombre el sujeto sometido completamente a la función fálica, su destino es la castración y el goce fálico, al que accede a través del fantasma. Es mujer Otro no todo sometido al goce fálico y que se beneficia de “un goce otro, suplementario, sin el soporte de ningún objeto o semblante” (Soler, 2006. p.200).

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Los elementos del dispositivo psicoanalítico, se encuentran presentes en el trabajo con pacientes en la clínica psicoanalítica, los cuales son invariables, tales como: la asociación libre, método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar, durante la cura, todo lo que se le ocurre sin ninguna discriminación. El paciente debe expresar todos sus pensamientos, ideas, imágenes, emociones, tal como se le presentan, sin selección, sin restricción, aunque el material le parezca incoherente, impertinente o desprovisto de interés (Freud, 1912).

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

“No debemos otorgar una importancia particular a nada de lo que oímos y conviene que le prestemos a todo la misma atención flotante” (p.111). La atención flotante supone de parte del profesional, el alejamiento momentáneo de sus prejuicios conscientes y de sus defensas inconscientes.

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

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

Es preciso que retome los primeros esbozos de la transferencia, sabemos que la sexualidad en la historia de la histeria es una sexualidad adulta, pero el enraizamiento infantil de la sexualidad, así como la idea de una comunidad psicosexual entre lo normal y lo patológico, desorientaron en gran medida a quienes Freud dirigía sus primeros descubrimientos.

El mayor distanciamiento surgió, en el método de tratamiento, “en la hipnosis, el hipnotizador se ve situado por el hipnotizado en el lugar del ideal del yo.

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

Se abordó el presente estudio de caso, bajo los elementos del proceso psicoanalítico, como ya lo venía explicando la transferencia, es 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. Freud, en la primera exposición de conjunto dedicada a la transferencia (1912), subraya que ésta va ligada a “prototipos”, imagos (principalmente la imago del padre, pero también la de la madre, del hermano, etc.): “[...] el médico será insertado en una de las "series" psíquicas que el paciente tiene ya formadas”.

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

Así como la transferencia del paciente al psicoanalista, también existe la contratransferencia, sin embargo, parece que este lugar es definido esencialmente por Freud en términos negativos. La contratransferencia constituiría lo que, del lado del analista, podría venir a perturbar la cura. Parafraseando a Freud de 1912, mencionaba la incapacidad del analista de poder ver más allá de lo que se lo permitan sus propios complejos y resistencias.

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

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

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

ELEMENTOS DEL ENCUADRE PSICOANALÍTICO

Es pertinente la iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica. En un tratamiento de prueba de algunas semanas o entrevistas preliminares percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el tratamiento.

Generando que el paciente enfrente al analista con una actitud transferencial ya hecha, y este deberá descubrirla poco a poco, en vez de tener la oportunidad de observar desde su inicio el crecer y el devenir de la transferencia. De ese modo el paciente mantendrá durante un lapso una ventaja que uno preferiría no concederle.

Puntos importantes para el comienzo de la cura analítica son las estipulaciones sobre tiempo y dinero.

Con relación al tiempo, se le otorga desde el principio una determinada hora de sesión, cada paciente tiene cierta hora y permanece destinada a él aunque no la utilice (Freud, 1913). Las frecuencias, se trabajan con los pacientes preferentemente dos veces por semana, con excepción del domingo y los días festivos. En casos benignos, o en continuaciones de tratamientos muy extensos, bastan tres sesiones por semana. La pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible. El psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados, medio año o uno entero. Por eso se tiene el deber de revelar ese estado antes que el paciente se decida en definitiva al tratamiento.

Retomando a Freud en 1913, en su artículo sobre iniciación al tratamiento, donde menciona “se podría comprometer a los pacientes a que perseveren cierto lapso en el tratamiento; pueden interrumpir el tratamiento cuando quieran, pero no se oculta que una ruptura tras breve trabajo no arrojará ningún resultado, y es fácil que, como una operación incompleta, los deje en un estado insatisfactorio” (pag.131).

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

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

3.1. MODELO DE INTERVENCIÓN

Iniciaremos este apartado describiendo que es la investigación cualitativa, lo cual nos permitirá aterrizar en nuestra definición de estudio de caso.

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud.

Los orígenes de los métodos cualitativos se encuentran en la antigüedad pero a partir del siglo XIX, con el auge de las ciencias sociales, sobre todo de la sociología y la antropología, esta metodología empieza a desarrollarse de forma progresiva.

Sin embargo después de la Segunda Guerra Mundial hubo un predominio de la metodología cuantitativa con la preponderancia de las perspectivas funcionalistas y estructuralistas.

No es hasta la década de los años sesenta que las investigaciones de corte cualitativo resurgen como una metodología de primera línea, principalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña. A partir de este momento, en el ámbito académico e investigativo hay toda una constante evolución teórica y práctica de la metodología cualitativa.

El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición; la base está en la intuición.

La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaría y recursiva; en general no permite un análisis estadístico; se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.

Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida; y analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias.

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

- Estos métodos se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad.

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

Para LeCompte (1995), la investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseño de investigación que extraen descripciones a parte de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos”.

La mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos contextos naturales, o tomados tal como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente.

Freud sostuvo siempre que el psicoanálisis se transmitía desde el interior de la propia experiencia que lo fundaba, es decir, desde el lugar de la transferencia; bajo ninguna circunstancia el saber libresco podría garantizar ese pasaje.

A lo largo de su relativamente corta historia, el psicoanálisis ha recurrido precisamente a los *casos* como una vía primordial para la transmisión de esa experiencia que es la suya.

Tenemos así los “casos freudianos” como el pequeño Hans, Dora, el hombre de las ratas o el Dr. Schreber; los “kleinianos” como el caso Dick, e incluso los “lacanianos”: las hermanas Papin, Aimée, el Sr. Primeau, Joyce, sólo por nombrar algunos. Todos ellos, junto a los que se siguen desplegando en la actualidad, dan cuerpo a ese ámbito tan socorrido por la enseñanza del psicoanálisis, y en general de la psicología, que es la casuística clínica.

De donde tomamos la relevancia de seguir cuestionando sobre la naturaleza y la función de eso a lo que llamamos en la clínica “el caso”. Partiendo de la definición que encontramos en el Diccionario de Lengua Española, el vocablo “caso” tiene entre sus variadas acepciones las siguientes: “acontecimiento, suceso, asunto o situación determinada, problema planteado o pregunta hecha; relato de un hecho real o ficticio que se utiliza como ejemplo”; por su parte, en el sentido médico nos remite a la de “invasión individual de una enfermedad”.

3.2 FORMAS DE INTERVENCIÓN

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

- a) Confrontación. El terapeuta trata de hacer percibir a su paciente determinados aspectos de su conducta o palabras sobre las que el paciente no se ha percatado claramente. Se dirige a aspectos conscientes o muy próximos a la consciencia del paciente.
- b) Señalamientos. Intervención que tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en sus asociaciones, observe y sea capaz de brindar más información.
- c) Esclarecimiento. La información del psicoterapeuta está destinada a poner en claro lo que el paciente ha dicho. En este la información le pertenece al paciente pero él no la puede aprehender, no la puede captar.
- d) Clarificación. Pretende, definir mejor la comunicación del paciente. Aquí el terapeuta puede resumirle y sintetizar, transmitiendo al paciente lo esencial de lo que está comunicando. No introduce ninguna idea nueva, ni ningún sentimiento que el paciente no haya expresado de un modo u otro.

- e) Interpretación. Es un proceso de deducción del sentido inconsciente existente en las manifestaciones verbales y comportamentales de un paciente. La comunicación de esta deducción que se le brinda al paciente con miras a hacerle accesible ese sentido inconsciente (Laplanche y Pontalis, 1983).
- f) Frecuencias, se trabaja con la paciente miércoles y jueves a las once de la mañana, con excepción de los días festivos, vacaciones. Este tratamiento tuvo una duración de dos años.
- g) Honorarios, son cubiertos en cada una de las sesiones, pagando la cuota mínima, asignada por la Unidad de Servicios Psicológicos de la facultad de Psicología, UANL.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DEL CASO

DATOS GENERALES

Caso Lulú (primera sesión abril 2010)

Edad. 17 años

Estado civil. Soltera

Ocupación. Estudiante de universidad

4.1. HISTORIA CLÍNICA

A continuación se presenta detalladamente este caso, en un inicio del tratamiento habla poco de la familia. Solo menciona que quisiera tener una familia diferente, o que quisiera ser adoptada. En el transcurso de las sesiones refiere ser la quinta de siete hermanos; Katia la mayor de 28 años, tiene su primer hija (Susy, de 5 años) de una relación con un profesor, cuando se encuentra estudiando la universidad y se traslada a Monterrey para estudiar leyes, la cual deja trunca por su embarazo; actualmente tiene un matrimonio y dos hijos. Yamileth es su siguiente hermana ella también se trasladó a Monterrey para estudiar arquitectura, pero la dejó trunca por un embarazo, actualmente tiene un matrimonio y sus dos hijos (Martha y Juan, de 4 y 5 años).

Tiene un hermano Omar que no estudio a nivel superior, tiene su matrimonio (Ruth, su esposa, sumisa y acepta la violencia con la que se maneja su relación, ya que Omar es alcohólico y agresivo) actualmente tienen un hijo. Fernando que tampoco estudio a nivel superior, trabaja en casinos, él es soltero.

Después es Lulú, que inicia su tratamiento en el segundo semestre de la carrera. Su última hermana es Izza la cual solo decidió terminar secundaria, inicio preparatoria, terminando solo el primer semestre. Benjamín de aproximadamente 15 años está iniciando la preparatoria, refiere que es inteligente y aplicado en la escuela.

La paciente (Lulú), se presenta como una chica insegura y con problemas de noviazgo, dificultades con sus padres, los hermanos, y en ocasiones hasta con sus amigos. Tiene un temperamento complicado y voluble, en ocasiones se muestra demasiado pasiva y en otra impulsiva que le crea dificultades con los demás, para aceptar los diferentes puntos de vista. Y la manera de sobre llevarlos es extrema o radical, inicia discusiones, deja de comer, no puede dormir, en ocasiones se golpea, etc., las primeras entrevistas fueron de descarga, necesitaba hablar de diferentes situaciones que le abrumaban, y la mantenían en estados de angustia constante.

En cuanto a sus relaciones de pareja Lulú refiere, la única buena y bonita relación era la que tenía en la secundaria, con un joven (Aldo) de 19 años, al cual ella narraba, “era muy lindo y nunca me lastimó”, pero sus padres no permitieron esa relación y la enviaron a la ciudad para que continuará estudiando y se olvidará de ese joven. Mientras que en las últimas sesiones al abrir el tema de la sexualidad, ella comenta que Aldo era una persona que se drogaba, y nunca le hizo daño.

Al terminar la secundaria a Lulú la envían al igual que sus otros hermanos a la capital del estado, para que continúe con sus estudios de preparatoria y se olvide de ese chico. Antes de ser enviada a la capital; Jorge es el mejor amigo de Lulú de la secundaria, sabe todo a cerca de la relación de ella con Aldo y en ocasiones la ayudaba para encontrarse con él.

Después de Aldo, Lulú empieza a tener acercamientos con un profesor (Duarte) amigo de su padre, el cual le llama a escondidas a su casa, pareciera que Lulú le coquetea en este tiempo al profesor, aunque comenta solo son encuentros, la invita a salir o comprar un helado. Todo es en secreto de la familia, cuando todavía vivía en Zacatecas.

Con Jorge inicia una relación después de la secundaria, ya que Lulú entra a la preparatoria. En unas vacaciones regresa a su pueblo y Jorge le propone que sean novios, ella hace la referencia que sabía que él tenía muchas novias, pero acepto la relación, después de aproximadamente dos años de relación, Lulú se entera de otra pareja que tiene Jorge.

La paciente refirió sentir un gran enojo y lo primero que hace es llamar a Duarte y lo cita para verse, en donde él le pide que tengan relaciones sexuales, y ella refiere “me sentía sin salida y tener que cumplir con eso”.

Después revive un sentimiento de suciedad, culpa y ser una persona mala por lo que ha hecho. Estas citas con Duarte son a escondidas de la familia. Duarte es un hombre mayor, con hijos y esposa, es amigo del padre.

La relación con Jorge continúa, se entere después de un tiempo de la cita que Lulú había tenido con Duarte, por voz de Lulú. A Jorge le impresiona mucho, pero le dice que eso no va afectar su relación, y que no le importa, pero al contrario parece ser que desde ahí empiezan a evidenciarse los conflictos que mantenían en su relación.

La relación con Jorge desde un inicio se mostró con dificultades en la comunicación. En la casa de Lulú no aceptaban la relación que mantiene con él y la llevo en secreto. Ella hacía la limpieza de la casa de Jorge, le cocinaba, al cuestionarle esto que hacía, “soy como la mamá, amiga, novia y por eso lo hago, para que él no se sienta mal”. Así también el hecho de mantener relaciones sexuales cada vez que su novio se lo pedía.

Relación con los padres. En un inicio parecía que sus padres estaban divorciados, así lo evidenciaba Lulú, pero al paso de las sesiones, solo están separados por la actividad de sus hijos. Ya que después de la secundaria cada uno se trasladó a la capital del estado para iniciar estudios a nivel superior, en un inicio solo se vinieron los hijos mayores pero por el embarazo de Katia la madre se traslada también para atenderla, hasta que el padre se queda solo en pueblo.

Su madre, se dedica al hogar, es una persona sumisa, religiosa y poco toma decisiones. Lulú comenta que una de las cosas que su madre le ha dicho “las mujeres tienen que aguantar por el hecho de ser mujeres, así nos tocó”, además de “no se puede confiar en los demás porque te pueden traicionar”, esto lo menciona al inquietarse por la posibilidad de que su padre puede tener otras parejas en el pueblo.

En un momento pensó en cuestionarlo, después en conjunto con su hermana la menor, quisieron investigarlo y saber por qué se quedaba en el pueblo por tanto tiempo, si toda su familia ya estaba en la ciudad. A veces lo quería enfrentar por todas las exigencias que ella sentía y por la forma tan autoritaria de ser con sus hijos y esposa. Lo cual para la paciente era molesto, ya que entraba en conflicto como su padre “la autoridad de la casa”.

Mientras, el padre es un maestro renombrado del pueblo, teniendo una relación distante, rígida y de autoridad; se comporta y valora según las palabras de su padre. Aunque se mostraba distante de su padre, reflejaba un recelo a no poder conversar con él, sin tener que pelear, “como dialogar, si el solo piensa en que debemos de ser buenas personas”. Había poca confianza para entablar una conversación. Uno de los consejos del padre es “ustedes tienen que tener estudios para no sufrir, para cuando les toque un hombre que las maltrate, tengan con que...”

Relación con los hermanos. En cuanto a su relación con sus hermanos es distante o menciona preferir estar con cada uno por separado. Menciona que una figura importante es Katia, su hermana mayor.

Cuando Katia tenía entre 15 y 17 años, la paciente era como su confidente, ella le platicaba todo lo que pasaba con sus parejas y parecía como si se identificará con eso, pero en las sesiones esto cambia, esta identificación con Katia parecía como un contagio de las cosas que hizo, “ya se todas las cosas que hizo Katia, ahora siento que también me va a pasar a mí, como si me hubiera pasado eso malo que ella hizo, ya me ensució”.

Cuando se le cuestiona sobre el tema, retoma un hecho con su tío, solo recordando “dame un besito, no te va a pasar nada, ven acompáñame al granero”, lo recordó después de decir que se sentía sucia.

De Yamileth solo refiere que es la “creativa” de la familia. Ella y Katia son dos hermanas mayores, las cuales dejaron sus estudios truncos, por un embarazo no planeado. Las dos actualmente tienen dos hijos cada una.

Izza su hermana menor, dice que es la hija “perdida”, está fuera de la mayoría de las normas de casa, no tiene buenas calificaciones, es muy amiguera, “puede tomarse un año sabatino” para saber que va hacer, puede traer al novio a la casa, etc.

Ninguno de los hermanos (varones) tiene estudios, solo hasta la secundaria. En cuanto a Omar, refiere que nunca lo han querido en la casa, se drogaba de adolescente, siempre estaba metido en problemas. Está casado, y mantiene una relación violenta con su esposa. Tienen un hijo. Cuando habla de Omar recuerda como su padre un día lo ató a un árbol que había en la casa y lo empezó a golpear, porque se había metido en problemas con algunos vecinos importantes del pueblo.

Otro de sus hermanos Fernando solo comenta que es soltero, y es el único que trabaja de la familia. Últimamente había iniciado una relación con una persona. Benjamín es el hijo menor estudia la secundaria. Y no tiene dificultades académicas, es al que le ayuda y le orienta en temas de la escuela.

Lulú llevo sus estudios de primaria y secundaria en el pueblo de Zacatecas, después se traslada a la capital de Nuevo León para estudiar la preparatoria y la universidad. Al estar en sesión ella, refiere que de pequeña le prometió a su padre que iba a estudiar medicina, es un deseo del padre, que alguien de la familia fuera médico, pero ninguno lo hizo, actualmente refiere “estoy estudiando por mi padre o es lo que yo quiero”.

Pero ahora Lulú sabe que tampoco cumplió con el deseo del padre. En el transcurso de las sesiones, parece que ella está de acuerdo en estar estudiando la carrera universitaria que eligió.

En cuanto a sus amigos mantiene pocas relaciones, aparte de Jorge, no existía alguien más. Tiene sus amigas del pueblo pero poco las frecuenta, con Vanessa que en ocasiones le hablaba, la madre le pidió que dejara de frecuentarla porque podría ser mala influencia para ella, ya que iba a tener un bebe fuera del matrimonio.

En la universidad, al inicio de su tratamiento, era pequeño su círculo de amigos y con las mismas siempre trabaja. Y entre ellas había discusiones pero siempre estaba como de intermediara en las discusiones. Las primeras personas de las que habla, parece ser que tienen un carácter fuerte, algunas poco comprensibles.

Posteriormente se expresa de otras personas con las que también habla en el salón, que en un inicio creía que le caían mal. Una es alguien que bajo de peso y se ve mejor. Otra que iba a tener una bebe, estaba embarazada. Otro una persona que no hablaba en el salón al cual ella empieza a conocer y hablarle. Otra que es la popular y la cuestiona, entre otros, pero pareciera que existe más relación con los compañeros masculinos.

Algunos de los **síntomas** que presentaba: el insomnio desde que estaba pequeña, no ha recibido atención, actualmente lo presenta, refiere que en ocasiones no sabía cómo llegaba algún lugar cuando despertaba.

La manera de atender el sonambulismo en la casa era hacerla dormir en un espacio reducido en el que no tuviera posibilidad de salirse, aunque en ocasiones no era necesario ya que podía amanecer en la regadera, o debajo de la cama, según refiere la paciente.

Durante las entrevistas preliminares la paciente refiere que hace poco más de un año, había perdido un bebé, por causas naturales, un bebé que no quería, pero tampoco quería al que acababa de descubrir, porque estaba embarazada de nuevo, y sentía que no lo quería, que no podría cuidarlo, se auto-atacaba y lastimaba, y al final sucede, se cumple lo que tanto anhelaba, pierde al hijo, un hijo que después ella se culpabiliza por su pérdida, por haber sido “una mala madre”.

La paciente recuerda poco de su niñez refiriendo que padecía de obesidad infantil, entre los 8-12 años, y eso la hacía sentir mal, por su apariencia, ya que tenía dificultades para encontrar ropa, o porque sus hermanas le decían que ella era la más fea porque estaba gorda y en segundo porque de ahí empezó a realizar las dietas extremas como lo hacía su hermana, realizar ejercicio sin regulación por parte de un entrenador.

Después de un año de tratamiento se presentan dificultades en la manera de alimentarse, por lo cual sufre de un par de desmayos, por una inadecuada dieta y exceso de actividades tanto físicas como académicas, el cual le ha llevado a estar hospitalizadas y por parte del servicio médico ser canalizada a la atención nutricional y psicológica.

Actualmente y desde hace aproximadamente un año, muestra cansancio y fatiga en las sesiones, como durmiéndose, con desmotivación para realizar sus actividades diarias. Mostrando insatisfacción, desgano por todas las actividades que realiza y menos empática con sus compañeros.

4.1.1. RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

La paciente inicia su proceso terapéutico dentro del primer trimestre del año 2010, mostrando ansiedad y preocupación por las situaciones que se encontraban a su alrededor. Principalmente retoma en sesión los sentimientos que tiene hacia sí misma tales como, culpa, vergüenza, suciedad, entre otras; su relación de pareja con Jorge, le genera conflicto por la forma en que esta surge, sus padres no aceptan el noviazgo, mantiene relaciones sexuales sin protección, ha pasado por dos embarazos no planeados, los cuales no han llegado a término.

También menciona una relación con un profesor del pueblo, amigo del padre, refiriendo que la hacía sentir protegida.

Después menciona a la familia, donde expresa inconformidad, preocupación y desamparo, siendo demasiado exigente la familia, también se encuentran actos repetitivos como los embarazos no planeados de las hermanas, lo cual les impide terminar su carrera.

Durante el inicio del proceso psicológico, se trató de escuchar sus necesidades, así también como señalar, sus propios deseos, ya que parecía que se desbordaba en las necesidades de su familia. Siempre mostraba alguna dificultad familiar, económica, de tiempo, pero sobre todo en sus relaciones sociales, para interactuar y aprender de la convivencia.

Después de terminar su relación de noviazgo con Jorge, tiene algunas relaciones con hombres, que la mantenían en riesgo, ya que su capacidad de regulación y manejo de circunstancias arriesgadas era pobre, mostrándose perseguida, proporcionando información confidencial, manteniendo discusiones con personas desconocidas, cuando la situación de riesgo en la ciudad era latente.

Se trabajó con dos sesiones a la semana, durante el primer año, a partir del segundo cuando descubre el embarazo de su psicóloga, su actitud cambio, bloqueando toda posibilidad de retomar sus propias experiencias, aquello que le reflejaba los sucesos por los que había pasado y su dificultad para expresarlos.

Mostrando la disponibilidad todavía en horarios asiste a por lo menos una sesión a la semana, cancelando en ocasiones o mostrando desgano, resistencias para continuar con su tratamiento psicológico.

Después del embarazo de su psicóloga, menciona algunos planes de trabajar, nunca había trabajado, iniciar sus prácticas profesionales, continuar en clases de inglés.

Mostrando mayor capacidad para controlar sus impulsos, había terminado la relación con Jorge, comprendía la situación de los padres, y su enojo con ellos; además de descubrir que estaba en licenciatura, casi terminando para convertirse en una profesional y que no había dejado inconclusa su carrera por un embarazo.

Cuando se le menciona un posible cambio de psicoterapeuta o la opción de continuar en la consulta privada, muestra un poco de desconcierto y preocupación por saber qué pasaría con ella, toma la decisión de continuar en la consulta privada a la cual asiste un mes aproximadamente y deja de asistir argumentando que son vacaciones y se irá a Zacatecas con su familia.

4.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente asiste a sesión ya que siente que es una “mala persona y sucia”; además estar confundida en la relación de noviazgo, mencionando los conflictos que tiene con su pareja y el poco apoyo que percibe de su familia.

Durante estas primeras entrevista menciona a Jorge (el novio de Lulú) había sido infiel varias veces, Lulú se mostraba renuente a creerlo; hasta que en una ocasión la paciente descubre a Jorge con otra chica, Lulú refiere avergonzada:

“Me sentí engañada y traicionada actué por lo enojada que estaba y fui a buscar a Duarte, me pidió que tuviéramos relaciones sexuales, me sentí sin salida, Duarte es un amigo de mi papá”. Y menciona que a partir de este momento ella se califica como mala persona y sentirse sucia.

Posteriormente más tranquila reporta que del programa de tutorías la refirieron a la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) donde menciona:

“tengo muchos problemas con mi novio, en mi casa no lo aceptan, estoy confundida, no sé qué voy hacer ni con mi familia ni con Jorge”.

Durante sus sesiones se mostraba intranquila, impulsiva, angustiada, con poca capacidad de organizar sus pensamientos, ni solucionar sus problemas, fácilmente lloraba.

4.1.3. DEMANDA DE TRATAMIENTO

Al inicio del proceso psicoterapéutico la paciente, mostraba dificultades para contener sus impulsos agresivos, encontrándose envuelta en problemas con los compañeros de clase, poca capacidad para debatir algún tema, discusiones frecuentes con un vecino, además de problemas de seguridad y control con su novio, habiendo frecuentes discusiones por estar vigilándose, y todo lo relacionado con la aceptación de la familia respecto a su pareja, lo cual era de importancia ya que se sentía desafortunada.

La paciente hace referencia a la preocupación que tiene sobre los sentimientos de si misma, además de las dificultades que tiene con su pareja y el haber mantenido relaciones con un profesor amigo del padre, de dicha experiencia provienen sentimientos de suciedad y culpa, lo cual es mencionado en la primera sesión.

Posteriormente menciona que del departamento de tutoría, fue canalizada para recibir atención psicológica, lo considera importante por sus problemas familiares y de pareja.

Al poco tiempo retoma una fantasía sobre la forma de intervención, mencionando que cuando se le aplicarían pruebas, o se le encargaran tareas, tal como a una amiga que va a terapia, a lo cual se le explicó que era una intervención distinta, en la cual ella tiene la oportunidad de hablar de algún tema de su interés, llorar, cuestionarse, o guardar silencio, ya que el espacio psicoterapéutico es una oportunidad para hablar de su propio deseo.

4.1.4. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

La principal necesidad que se evidenciaba en las sesiones era el gran monto de ansiedad en la paciente, así también como, colitis, estreñimiento, insomnio; donde existe relación entre los límites corpóreos y sus principales carencias afectivas; su anatomía expresaba su sentir, un sentimiento no escuchado. La forma de responder a los acontecimientos, como el exponerse a situaciones de riesgo sin percatarse de la gravedad, tolerancia a la frustración desbordada, poco contenida, y un superyó exigente, siendo insuficiente para ella misma.

La mayoría de las hermanas padecen colitis y estreñimiento al igual que ella, el cual es atendido con tratamiento médico, sin embargo esta información la proporciona en los últimos meses (casi después de un año y medio de tratamiento).

Otros síntomas son el aborto y embarazo. Después de mantener casi dos años de noviazgo con Jorge y relaciones sexuales con protección en algunos casos. Ella menciona que hace aproximadamente un año tuvo un sangrado, el cual comenta que no era su menstruación, Jorge le pide que se vaya a revisar, para esto la acompaña una amiga y el médico le informa que acaba de tener un aborto natural, que por tal motivo no podrá mantener relaciones y tendrá dificultades para volver a embarazarse.

En las sesiones de trabajo, alrededor de un mes de iniciado el tratamiento, Lulú refiere que no ha tenido su periodo menstrual, y que está preocupada, a lo cual Jorge le dice que siempre va estar con ella y no la va a dejar. Ella decide hacer un análisis de sangre, y promete a sus amigas que si no está embarazada dejará a Jorge, aunque sea por un mes, para darse cuenta de no necesitarlo, pero si resulta positivo no sabe que es lo que hará. Los resultados del análisis son positivos, se cuestiona que dirá a sus padres, a su familia, ya no la apoyarían como a ninguna de sus hermanas.

El trabajo analítico permitió a la paciente estar más contenida y tener clarificación de sus actos, aunque su embarazo la angustiaba, *“No sé qué hacer, a veces pienso en golpear mi vientre, tener alguna caída a propósito, no sé”*, estos pensamientos fueron alrededor de quince días, y después de manera natural, refiere tener un sangrado, que confirma que ha perdido al bebé.

Durante el proceso se le informó que debía de ser revisada por un médico, fue un tema difícil de retomar y abordar, se elevaron sus defensas, dejando pocas posibilidades de analizar lo sucedido, cuando se le cuestionaba sobre cómo se siente, el que piensa del bebe, los posibles planes a futuro, solo logra culparse por haber perdido al hijo, un hijo que ella no quería, un hijo que decía no poder cuidar.

Insomnio y Sonambulismo. En las primeras sesiones hace referencia a no poder dormir, es después de algunos meses, cuando refiere:

“Estoy cansada de no poder dormir, siento que no descanso...siempre me ha pasado lo mismo, desde que estaba pequeña me sucedía, mis papás decían que era sonámbula, me levantaba por las noche, y otras veces cuando despertaba no sabía cómo había llegado ahí, como una vez desperté en la regadera, a veces debajo de la cama...”

Dieta rigurosa y Exceso de ejercicio. Lulú recuerda cuando era pequeña como una persona regordeta, siempre estaba comiendo. Con frecuencia hace referencia a comer solo si tiene tiempo, o de cinco tacos se come tres, durante la mañana y la noche su comida es ligera, y al mediodía puede ser que coma. Lulú comenta:

“Cuando estaba pequeña me decían: ya deja de comer estas muy gorda, por eso no te queda la ropa. Es algo que recuerdo muy bien, por eso ahora me enoja que me exijan que coma bien, si antes querían que dejara de hacerlo”.

Refiere que cuando no tiene hambre también come, pero por qué se siente estresada o nerviosa. Aunque sus compañeros de salón pueden decirle que tiene algún trastorno alimenticio ella dice que no es cierto. Le gusta mantenerse haciendo ejercicio, además de estar checando su peso constantemente.

Actualmente está recibiendo asesoría nutricional, cada semana hay una supervisión de peso y un cambio en la dieta para que continúe en el peso que ya logro de 49kgs, pero siente la necesidad de seguir bajando aun y que la nutrióloga le ha dicho que se encuentra en su peso, cuando se le señala esta situación refiere:

Px. “No sé, siento tanta necesidad de que me diga que es lo que tengo que comer, porque siento que si dejo de ir con ella, no voy a poder seguir...”

Psic. ¿Qué quieres decir?

Px. “A no poder controlarme, a veces estoy tan preocupada y me pongo a comer, por eso a veces evito comer para que no se me antoje”

En cuanto a lo anterior es escaso lo que se logra trabajar en las sesiones ya que la mayoría de las veces llegaba agobiada con alguna situación, sin embargo se interpretaba el poco espacio que dejaba para atender sus deseos, los cuales eran diversos, mostrando angustia y ansiedad para atenderlos.

Se observa la angustia generada en su cuerpo, un cuerpo sin límites o un cuerpo desfigurado, por cada uno de sus síntomas, insomnio, dificultades alimenticias, colitis, estreñimiento, embarazos, ansiedades desbordadas en los límites corporales, que son atendidas bajo una función contenedora, pero también de un enfrentamiento con la realidad.

4.1.5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Durante las sesiones preliminares, se abordó el caso como una paciente con rasgos limítrofes, lo cual generaba algunas reacciones en el psicólogo, algunos dicen, es aquí donde el terapeuta “se enfrenta más dolorosamente con sus debilidades y deficiencias” (Baraldi, 2005).

Lo cual significa un desgaste por encontrar en esa estructura dispersa el discurso de la paciente, ya que se hallaba sobrecargada de una serie de situaciones que la ubicaban siempre en desventaja.

Como se observa en el título del presente documento, la impresión diagnóstica de este caso fue un cuadro de neurosis histérica. Donde se intentaba contener sus impulsos y regular la forma en que actuaba, para entrar al tratamiento propiamente dicho, sin que cayera en un calabozo, por la derrama de libido que existía en la forma de solucionar sus propios conflictos.

Algunas formas de intervención fueron confrontación con la realidad y clarificación, permitiendo que analizara el aquí y el ahora, regulando las situaciones que para ella eran catastróficas, además de las cuestiones mágicas que atañía a sus dificultades, siempre considerando toda la información que proporcionaba libremente en su discurso.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA SUBJETIVA

El caso de esta paciente fue supervisado como un núcleo histérico. Estamos hablando de una neurosis histérica; aunque en las primeras sesiones, existían características de una paciente con rasgos limítrofes, mostrando cambios abruptos en su carácter, impulsividad para resolver conflictos personales.

4.2.1. CONTEXTO FAMILIAR

Toda la familia proviene de un lugar retirado de la ciudad, contando con condiciones estables para vivir de una manera confortable. La familia se encuentra formada por siete hermanos, y los padres.

Los tres hermanos mayores ya están casados y con hijos, cada uno de estos matrimonios padece de dificultades en su relación, ya sea violencia física, psicológica, engaños, dobles parejas, etc.

Tiene un hermano soltero y con problemas para establecerse de forma laboral y personal, trabaja en casinos por las noches. Después es Lulú estudiante de universidad. Y los dos hermanos menores estudian.

4.2.2. FIGURAS SIGNIFICATIVAS

En un inicio, de acuerdo al discurso de la paciente, parecía que sus padres estaban divorciados, con el transcurrir de las sesiones, solo están separados por la actividad de sus hijos, el padre vive en el pueblo, la madre con los hijos.

La madre, se dedica al hogar, es una persona sumisa, religiosa y con dificultad para tomar decisiones. Lulú comenta que una de las cosas que su madre le ha dicho: *“las mujeres tienen que aguantar por el hecho de ser mujeres, así nos tocó”*, además de *“no se puede confiar en los demás porque te pueden traicionar”*.

Mientras el padre, es un maestro renombrado del pueblo, con él tiene relación distante, rígida y de autoridad, se comporta y valora según las palabras de su padre. La figura del padre es percibida como de proveedor solamente.

Aunque se mostraba distante de su padre, reflejaba un recelo a no poder conversar con él, sin tener que pelear, *“como dialogar, si el solo piensa en que debemos de ser buenas personas”*. Había poca confianza para entablar una conversación. Además de cierto rechazo por parte de ella. Uno de los consejos del padre es *“ustedes tienen que tener estudios para no sufrir, para cuando les toque un hombre que las maltrate, tengan con que...”*

Duarte, un profesor del pueblo, amigo del padre, busca a la paciente para establecer una relación, Lulú se encontraba complacida con la actitud de este profesor. Se acompañaban por un helado, salían a caminar y en una ocasión le pidió mantener relaciones a Lulú, a lo cual refiere haber cedido por sentirse sin salida y el coraje de haber encontrado a Jorge con otra mujer en la cama. Lulú refiere sentirse protegida y amada en la compañía de Duarte.

4.2.3. ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

Se logra percibir como la triangulación del Complejo de Edipo, en la paciente se ve re-escenificado en la adolescencia, en una relación entre padre- paciente- profesor. Tratando de identificarse primeramente con los rasgos femeninos de la madre, demostrándose frágil y con pensamientos de tener que aguantar a los hombres, también existe en el otro extremo una necesidad de identificación con el padre, tratando de demostrar la capacidad frente al padre, lo fuerte que puede ser, y no tener que aguantar, demostrado en la relación que mantiene con Duarte.

4.2.4. EVENTOS TRAUMÁTICOS

La paciente vivió algunos eventos que se consideran relevantes para este caso, los cuales se describen a continuación:

- a. Los tocamientos hacia su persona por parte de su tío y abuelo materno.

En el transcurso del tratamiento de la paciente, evoca situaciones de su infancia, donde recordaba haber tenido tocamientos por parte de un abuelo y su tío. La paciente refiere haber tenido alrededor de 6 ó 7 años cuando sucedió por primera vez.

Mi abuelo me decía, “no te va a pasar nada, acompáñame, vamos, es un besito en la boca, soy tu abuelo, te quiero”; lo cual le genera asco, que casi no puede ni mencionar a estas personas; pasaron un par de años, y un tío intento hacer lo mismo, recurre a su madre, pero lo único que dice, “no le digas a tu padre, para evitar problemas...”

La paciente refiere que la respuesta de su madre, la lleno de coraje, y se negaba a tratar de entender lo sucedido:

Px. “algo me decía, que eso no estaba bien, pero también tenía mucho miedo de decirle a mi padre”.

...“ella debió de cuidarnos, decirle a papá, no dejarnos, así nada más... ella como nuestra mamá, debió cuidarnos y protegernos de los hombres, nos abandonó, como si le importaran mas ellos.”

Pero en su relación con Katia existía buena comunicación, y ella le revela que estas personas habían abusado sexualmente de ella. También le dijo a su mamá y tampoco la escucho, solo le pidió que no dijera nada, además refiere “decían, Katia tiene problemas emocionales, es muy inestable, como pueden creerle”. De ahí Lulú refiere que creció un sentimiento de coraje y enojo hacia su madre, por no haberlas protegido como lo hacen los padres.

b. Los abortos de la relación con Jorge y su maternidad

Desde el inicio de su tratamiento se ve reflejado el manejo que ha hecho de su sexualidad. Hasta ese momento había tenido un aborto, y pronto tenía noticias de un embarazo en puerta. Además de la idea de poder ser una buena madre, la imposibilidad de considerarse una buena madre, a cargo de un hijo.

Después de mantener casi dos años de noviazgo con Jorge y relaciones sexuales con protección en algunos casos. Ella menciona hace un año tuvo un sangrado, el cual comenta que no era su menstruación, Jorge le pide que se vaya a revisar, donde el médico le informa que acaba de tener un aborto natural, que por tal motivo no podrá mantener relaciones sexuales por un tiempo y deberá tener cuidado para volver a embarazarse.

En las primeras sesiones de trabajo, alrededor de un mes de iniciado el tratamiento, Lulú refiere que no ha tenido su periodo menstrual, y que está preocupada, a lo cual Jorge le dice que siempre va estar con ella y no la va a dejar. Los resultados del análisis son positivos, se cuestiona que les dirá a sus padres, a su familia, ya no la apoyarían como a ninguna de sus hermanas. El trabajo analítico durante ese primer mes de tratamiento, fue de contención y clarificación de su acontecer, tratando de retomar el tema de su embarazo, y las funciones de la maternidad. La paciente menciona:

“No sé qué hacer, a veces pienso en golpear mi vientre, tener alguna caída a propósito, no sé”,

Estos pensamientos fueron aproximadamente durante quince días, y después de manera natural, refiere tener un sangrado, que confirma que ha perdido al bebé. En el tratamiento se le informo que debía de ser revisada por un médico, fue un tema del cual le llevo tiempo retomar, reprimiendo y negando lo acontecido, estaba poco motivada e interesada en analizar, cuando se le cuestionaba sobre cómo se siente, el que piensa del bebé, los posibles planes a futuro, solo logra culparse por haber perdido al hijo, un hijo que ella no quería, un hijo que decía no poder cuidar.

Sus dificultades para hablar sobre un hecho que demostraba la existencia de su feminidad y la capacidad para asumirse, la llevo a reprimir y negar lo sucedido. Hablando solo de los acontecimientos rutinarios y sus pensamientos mágicos.

En el transcurso del análisis, termina su relación con Jorge y poca comunicación con Duarte. Explicando que tiene más interés en sacar sus estudios adelante y conocerse a sí misma.

4.2.5. PERFIL SUBJETIVO

4.2.5.1. MANERAS DE INTERACCIÓN

La dinámica familiar es un poco complicada, lo que ocasiona conflictos en sus relaciones filiales; prefiere atender a cada uno según lo que ella considera que necesitan, viéndolos por separado.

Con la madre constantemente hay fricciones, porque no la apoya, ni escucha cuales son las cosas que la paciente requiere. Un mensaje de la madre es “nos tocó ser mujeres hay que aguantar...”. Además Lulú le demanda más atención que el resto de sus hermanos y sobrinos.

Mientras con el padre, es una relación distante, poca confianza para conversar o debatir sobre un tema. Refiere “él no sabe escuchar, solo él tiene la razón”, un mensaje del padre es “tienen que estudiar ustedes mis hijas, para cuando tengan un marido que las maltrate tengan con que...”

Sus relaciones de pareja presentan como característica, estas parejas tienen algún rasgo que la deja en desventaja, su primer novio era lo mejor, pero se drogaba, con Duarte siente que la protege pero está casado, con Jorge, menciona ya tener tiempo con él y lo conoce, han pasado muchas cosas juntos, pero la engañó.

Las características de estos hombres, tienen que ver con hacerla sentir protegida y amada, tal como la teoría psicoanalítica en la histeria lo evidencia; la histérica busca en el otro su propio deseo. Sin embargo también es una actitud de vuelta contra sí misma, ya que estos hombres que la protegerán, la dejaran en desventaja, ya que hay alguien más por encima de ella, una esposa, otra pareja, otros intereses diferentes a los que la paciente considera.

4.2.5.2. IDENTIDAD SEXUAL

La paciente muestra preferencia por el género masculino, ha tenido relaciones de pareja con hombres de diferentes edades, sin mostrar interés sexual por el sexo femenino.

Aunque al inicio de su proceso psicoterapéutico se mostraba desarreglada y poco femenina, en el transcurrir de su tratamiento, había ocasiones en las que asistía a su sesión muy bien parecida, y cuidando en demasía los detalles femeninos. Su vestuario se veía limpio, su apariencia física era arreglada y en ocasiones hasta maquillada.

La paciente presenta rasgos histéricos, manifestando actitudes infantiles en la convivencia con los demás, haciendo berrinches, encerrándose en su cuarto, en ocasiones en la sesión llegaba y se sentaba en el piso con las piernas cruzadas.

También presentaba un carácter narcisista y omnipotencia ya que se exponía a situaciones de riesgo, no media las consecuencias de sus actos, discutía con vecinos problemáticos, peleaba con sus hermanas, levantaba la voz a sus profesores.

Se mostraba agresiva, manifestaba enojo cuando las cosas no resultaban como quería, aunque sin capacidad de reparación, al contrario le generaba culpa y se reprochaba, en ocasiones llegaba a producirse lesiones.

La mayor parte de su tratamiento presentaba desorganización en tiempo, espacio, pensamiento, demostrando poca capacidad de juicio, ya que la mayoría de las veces llegaba desbordada en angustia.

4.2.5.4. RECURSOS YOICOS

La paciente cuenta con pocos recursos yoicos, existía dificultad para razonar sus pensamientos e ideas, en ocasiones presentando pensamiento mágico y obsesivo. Al momento de hacer algún señalamiento o clarificación se observaba poca capacidad de juicio y regulación emocional, requería ser contenida y escuchada.

Aunque lograba estar en el presente y tener una identidad para diferenciarse de los demás y descubrir cuáles eran sus necesidades. Tratando de cumplir con sus exigencias, ya que es una persona con metas por cumplir. Su autoestima no era lo suficientemente alta, pero tenía la oportunidad de demostrarse a sí misma, los logros que quisiera alcanzar.

4.2.5.5. MECANISMOS DE DEFENSA

La paciente se encontraba de forma desorganizada, utilizando diferentes formas de defensa como lo era la represión de su maternidad que evidenciaba su feminidad. Así también como el desplazamiento e intelectualización de todos sus sentimientos. Pero donde se evidenciaban sin salida era en la somatización, su cuerpo le pedía auxilio, a cada una de las líneas que se negaba poder descubrir.

4.2.5.6. CARACTERÍSTICAS DEL SUPERYÓ

En este caso la paciente cuidaba y exigía ser una buena persona, no podía soportar la idea de “ser una mala persona”, como se consideraba. Había un conflicto por resolver ¿qué es la conciencia moral?, ¿Cuáles son los lineamientos para vivir bien?, tratando de encontrar como vivir sin remordimientos, sin exigencias de haber hecho lo mejor que pudo en el día, o ser tan severa en los castigos consigo misma, evitando comer, o golpearse el vientre.

4.3. CONSTRUCCIÓN DEL CASO

Retomando lo antes expuesto tanto la teoría, así como los momentos en que la paciente se asume como objeto, permitirá explicar la estructura histérica y la insatisfacción enunciada en este caso, analizado por casi dos años, utilizando la viñeta clínica y las supervisiones clínicas.

La construcción de este caso clínico, es bajo la fundamentación teórica del psicoanálisis de Freud, haciendo referencia a un caso de neurosis histérica, utilizando el material de la paciente en sus sesiones, permitirá demostrar cómo se coloca como objeto de deseo de Otro, buscando su deseo en la mirada de ese otro, tratando de explicarse ¿Qué es ser mujer?

Además de compartir mi experiencia formativa en la clínica, el trabajo con pacientes, y la variabilidad de cada factor que interviene, siendo de fundamental trascendencia para cada una de las partes, el paciente por la necesidad de ser escuchado y en el analista para comprender los gritos de sus pacientes, sujetos que tienen necesidades particulares que deben ser atendidas.

En la presentación de este caso retome las interrogantes que surgieron en mí, como profesional en formación, para la atención de un paciente con una orientación desde la clínica psicoanalítica.

Se aborda el caso de una paciente que llega a su tratamiento, desorganizada, angustiada, teniendo dificultades para tomar decisiones, esto la mantenía expuesta, tanto en su integridad física y afectiva. Era alumna de universidad y con capacidades intelectuales para cumplir académicamente con lo necesario y avanzar en su formación profesional, sin embargo mantenía complicadas relaciones afectivas donde se colocaba como objeto del otro, sin tener un claro sentido de realidad y la resolución de sus dificultades, en ocasiones mostrando incapacidad para regular sus comportamientos.

A continuación muestro los objetivos observados en el abordaje de este caso de neurosis de histeria.

1. Analizar la estructura subjetiva y su posición como objeto, en este caso de histeria.

La neurosis de histeria, sin saberlo, impone el lazo afectivo con el otro, una lógica de su fantasma inconsciente, un fantasma en el que la paciente encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha.

Psic: ¿Dices que tus padres están divorciados?

Px: No, solo están separados, mi papá vive en el pueblo, mi mamá acá, para cuidar a mi hermana mayor, porque salió embarazada de un maestro, mi otra hermana, tampoco termino de estudiar porque salió embarazada de su novio...Mis hermanos más grandes, ellos solo trabajan, no estudian. Y mis hermanas no podían regresar al pueblo, luego la gente podía hablar.

Algunos de los problemas que vivían en la familia reflejaban violencia física, abuso de drogas de uno de sus hermanos, dificultades maritales de las hermanas, el lugar otorgado a los hijos (como un error). Además de la identidad familiar como de llevar una doble moral por parte del padre, la mantenía perdida en su deseo propio, tratando de identificarse con dos tipos de mujeres, la madre y la otra.

Esa búsqueda de identidad sexuada “que es ser mujer”, era una búsqueda constante, manifestada durante las sesiones y resaltaba su cuestionamiento ¿qué más tenía que aguantar para acceder a la feminidad? En el caso de Lulú había confusión de identidad, al tener por un lado la premisa de la madre, “*Las mujeres tenemos que aguantar por el hecho de ser mujeres*” y por otro estar posicionada como “la otra”.

Px: estoy un poco nerviosa, por donde empiezo...sabes me siento mal conmigo, me han pasado muchas cosas y ya no sé si estoy haciendo las cosas bien. Me siento sucia, una mala persona, tengo problemas con mi familia, con mi novio he discutido fuerte, además de haber tenido sexo con un hombre mayor. En la universidad me va bien, pero también he tenido problemas con algún maestro.

Se muestra una confusión de identidad ya manifestada en Lulú, tenía constantes problemas de noviazgo, mostrando poca capacidad de resolver sus afectos, aludiendo a sentirse como una “persona mala y sucia”. Esta dualidad la lleva a querer encontrar su propio deseo, sin lograrlo.

Px:...recuerdo la vez que hable con mi mamá sobre lo que hacían esas personas..., el hermano de mi mamá y su papá. Fui a contarle lo que me había pasado, no cambio su actitud, solo dijo “no le digas a nadie, para evitar problemas”... Como puede ser que me diga eso, en ese momento estaba asustada, no sabía qué hacer, quería que ella me dijera que hacer, pero no, no lo hizo. “

Psic: Que piensas de eso que dijo tu mamá

Px: siempre es así ella. El otro día cuando le hablaba de mi novio, aunque a mi mamá no le gustaba que le hablará de Jorge, a nadie le cae bien, pero a veces me escuchaba, y me decía ten cuidado, ese muchacho no es bueno para ti... y luego terminaba diciendo, como muchas veces... ten cuidado, como mujer a veces tenemos que batallar más que los hombres. No puedes confiar en ellos te pueden traicionar. Cuídate, las mujeres por ser mujeres nos tocó aguantar..."

En este relato podemos ver como Lulú se posicionó en el lugar de la madre, haciéndose cargo de las funciones maternas:

Px: yo me quede en la casa del pueblo con mi papá, me encargaba de todas las cosas de la casa, tenía que hacerlas, no tenía tiempo para mis tareas, siempre tenía que estar al pendiente, si había que hacer de cenar, planchar o lavar, sí me ayudaba mi papá, pero él trabajaba todo el día... A veces me hablaba mi mamá por teléfono, pero no me preguntaba como estaba, solo me decía si ya había hecho las cosas y a veces me explicaba cómo hacer otras, cocinar, pero que culpa tenía yo, que mis hermanas salieran embarazadas, a parte a nadie querían decirle, por lo que iban a decir, mi mamá con sus citas al médico, por algo de su ojo, ¡y yo!... a mí a veces me dolía la cabeza, mi mamá dice que es por qué no como, pero no tengo hambre solo trato de comer lo necesario y hacer ejercicio... solo quiero cuidar mi imagen, mi cuerpo...

La estructura de la neurosis de histeria busca nombrarse como mujer a través de la imagen de su cuerpo, buscando agotar en la imagen la pregunta de la feminidad. Es una manera de nombrar lo innombrable en el lugar de lo femenino.

Se habla de la diferencia entre la mujer y la histeria, aunque siempre se ha relacionado la histeria con la mujer pero me voy a referir a ella como un elemento estructural que no tiene una ubicación sexual determinada, aunque se da más incidencia en la mujer que en el hombre.

La posición del sujeto histérico es una voluntad de no satisfacer el goce (quiero pero no me lo puedo permitir), quiere ser algo para el Otro, no un objeto de goce sino un objeto precioso que sustente el deseo y el amor.

Px: yo soy como su amiga, novia, confidente, cocinera, voy a su casa y le lavo la ropa, le preparo de comer, a veces también tenemos sexo; algo que mis hermanas y amigas siempre me han dicho es que Jorge me engaña con otras muchachas, yo no lo creo, ya le pregunte y dice que no...Pero.... tengo que decirte, me da pena, lo encontré en la cama con otra muchacha cuando iba a su casa, me sentí muy mal, me sentí engañada, traicionada y le hable a Duarte(mi familia no sabe que salgo con él a veces), ya lo conocía y habíamos salido, solo a pasear, pero esa vez me pidió que tuviéramos relaciones sexuales, me sentí sin salida, y fuimos a un motel, Duarte es un amigo de mi papá”.

Psic: ¿a qué te refieres con que ya habías salido con él?

Px: fue mi maestro en la secundaria y siempre me gustaba platicar con él, a veces él también me buscaba, me pidió mi teléfono y llamaba a mi casa a escondidas, nadie sabe que salía con el... me gustaba pasar tiempo con él, me escucha, me hace sentir querida y puedo platicar con él, es muy atento, me agrada...

En la histeria se encuentra poca claridad en sus actos, sin capacidad de juicio, cayendo ella misma en su laberinto. Cubriéndose bajo el hombro del otro, otro que la sostiene, pero también la deja en desventaja.

El complejo Edipo, y su posición de objeto, la paciente trataba de buscar un hombre que la escuche y proteja, en sus relaciones de objeto se ve evidenciado, por una parte el reclamo al padre, un padre que no pudo oírla y una madre que le pedía aguantar a los hombres, a lo cual Lulú se negaba. Un padre, que se convertía en un maestro, el cual tenía solo que enseñar lo que era correcto.

Px: recuerdo una ocasión en la que mi papá hato de un árbol a mi hermano, por que andaba drogado, y a nosotras a veces cuando llegaba a la casa, nos llevaba a un cuarto que le había puesto un pizarrón y nos explicaba lo que veíamos en la escuela, pasábamos mucho tiempo ahí, hasta que se enojaba porque no aprendíamos...

Quiero a mi papá, y agradezco todo lo que hace por nosotros, pero siento que es demasiado estricto, quisiera poder hablar con él, sin que me ponga nerviosa, tantas cosas que pudiéramos hablar, algo pasa conmigo, cuando hay la oportunidad de hablarle, no sé qué decirle, y mejor me voy a mi cuarto...

Psic: ¿de qué te gustaría hablar con él?

Px: platicarle como me va en la escuela, pero ahora con lo de su accidente, no tiene humor de nada, solo está enojado, y si nos habla a mi mamá o a mí, solo es para pedir que le ayudemos con sus piernas, o las medicinas.

Psic: Piensas que has tenido la oportunidad de hablar con él y...

Px: a veces, solo pocas como antes no vivía con nosotros pues era poco, y cuando venía los fines de semana, solo era para hablar con mi mamá de pendientes, pagos, ir al supermercado, y yo tenía mucha tarea, o me iba con Jorge...Pero había otras que quería que me escuchara, pero parecía que no escuchaba, que le costaba preguntar más allá de... ¿Cómo vas en la escuela, bien? En vez de decirme como estas, felicitarme por mis calificaciones, querer saber, si me pasaba algo, si algún muchacho me pretendía, pero no, solo era que me fuera bien en la escuela y es todo... Supongo que mi mamá le platicaba todo lo que ocurría con nosotros cuando él no estaba.

La neurosis de 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).

Un padre exigente como en la neurosis de histeria, parece siempre estar esperando ser escuchada y demandando la atención de un padre, un fantasma riguroso, pidiendo un lugar, un lugar privilegiado, de deseo.

2. Analizar la posición femenina en relación a la identificación con la figura materna.

“Nos tocó ser mujeres, hay que aguantar”

En este apartado describiré como descubre su lugar dentro de la familia y la dificultad para relacionarse. Su historial familiar permite observar como el lugar de mujer es sufrido, una identidad confusa, una madre que ha callado, sus hermanas han tenido embarazos no esperados, el abuso de estos hombres sobre sus cuerpos, hechos que han quedado guardados, atribuidos a ese dolor que llevan inmerso por el hecho de ser mujeres.

Retomo a Freud cuando habla de la fase edípica como aquella que permite corregir la dispersión polimorfa de las pulsiones por medio de las identificaciones unificadoras, de manera que la identificación sería el proceso mediante el cual lo simbólico asegura sus influencias sobre lo real.

De esta forma, Freud le da consistencia al discurso del Otro que anuda con la anatomía sus normas, modelos, obligaciones y prohibiciones, imponiendo así una solución general al complejo de castración, la solución heterosexual. Se trata de un Otro, que le dice a usted lo que debe hacer, como hombre o como mujer. En suma, lo que Freud afirma es que hacerse hombre o mujer es una cuestión de identificación y, por lo tanto, de asimilación de los modelos sociales.

Psic: ¿alguna vez les has dicho, cómo te sientes?

Px: no, mi padre es bueno, aunque es al que le tienen miedo mis hermanos, a mi mamá no le hacen caso, pero se acerca el día en que va a llegar mi papá y todos andan tranquilos, yo le tengo respeto. Con mi mamá si platico, pero trato de escucharla más a ella, con todos los problemas de mis hermanos. Ella solo dice nos tocó ser mujeres, hay que aguantar, y que en nadie se puede confiar. Quiere que la acompañe a la iglesia, aunque sea unos días...

...me fui pensando la vez pasada que hablamos de... sí le decía a mi mamá como me sentía, recordé que una vez sí, cuando..., cuando mi abuelo intento abusar de mí, yo estaba muy pequeña ya ni lo recuerdo, le dije a mi mamá, y dijo no le digas a nadie, para no hacer un problema...La verdad ya no lo recordaba, también sucedió con un tío, hermano de mi mamá tiempo después de... el papá de mi mamá.

Psic: ¿Qué piensas de lo que te sucedió?

Px: no sabía qué hacer en ese momento, estaba asustada, no le dije a nadie, hasta que tiempo después estaba con mi hermana la mayor, por todos los problemas que tenía cuando se salía a escondidas de la casa, le platique una noche, y también le había sucedido lo que le estaba diciendo, le pregunte qué era lo que ella había hecho y dijo, nada, mamá dijo que no hiciera nada.

Psic: ¿Cómo te sientes ahora?

Px: ahora me doy cuenta de estar enojada, porque no hizo nada, era mi mamá debió de protegernos, a mi hermana, no sé si a mis otras hermanas también les paso, pero porque no nos cuidó,

Baraldi en el 2005 menciona “la niña en cambio, enojada porque su madre no le dio este objeto valioso, se lo va a pedir al padre. Una posible posición para la mujer es quedar de por vida enojada con la madre, a lo cual Lacan llama estrago, en la dificultad para acceder a lo femenino.

El costo de la feminidad para esta paciente resulto complejo y difícil, haber pasado por intentos de abuso, tocamientos, la falta de voz de una madre, ha hecho que la paciente averigüe como librarse de ese mandato de la madre, pero solo logra demostrarle al padre, la capacidad que tiene frente a él, buscando en esos hombres la protección y el cuidado.

Después aparece la condición de ser madre en su análisis por parte de su psicóloga:

Psic: Quiero informarte, en un par de meses tenemos que suspender las sesiones, por mi embarazo

Px: está bien,

Psic: ¿Qué piensas al respecto?

Px: no se te nota, ni sabía que estabas embarazada, pero ¿vas a regresar verdad?

Psic: solo tengo que revisar fechas y te aviso el tiempo en que se va a suspender. Ahora que sabes sobre mi maternidad, ¿Cómo te sientes?

Px: bien, aunque es raro, mi hermana también acaba de tener a su bebe.

Se puede observar como utiliza el mecanismo de defensa de negación, para obstaculizar el abordaje del tema de su propia feminidad, el cual es evidenciado en otro cuerpo, un cuerpo que la lleva a enfrentarse con esos fantasmas de la pregunta ¿Qué es una mujer?

Como la relación con su propia madre, la ha mantenido sufriendo por su propia existencia de mujer. ¿Qué es una mujer?, como lograr asumirse como mujer, en busca de una feminidad, la cual en el caso de la histeria es sufrida y temida, pero también anhelada con la idea de la completud en la maternidad.

La maternidad como ideal fálico de la mujer, es el retorno a la identificación primaria infantil con la madre y la palabra del inconsciente. La maternidad como una relación de re-encuentro con el objeto primario de goce y frustración, y de re-encuentro con el significante de madre que la represente para otro significante también materno: la lengua materna (Bekerman, 2005).

Px. Fui al médico, tuve un sangrado cuando me bañaba, me dijo que había tenido un aborto natural, eso fue hace un año.

Psic. ¿Cómo te sientes?

Px. No sé, ni sabía que estaba embarazada, que les hubiera dicho a mis papas,...

La paciente había tenido un primer aborto, en el tiempo que inicio su tratamiento psicoanalítico, se encontraba embarazada de nuevo, con ideas de perder al bebé, se puede decir que cada aborto es una experiencia que solo puede ser narrada y subjetivada por quien la vive y la sufre: las mujeres. Desde este punto de vista de la experiencia del aborto, podemos decir que el aborto es cosa de mujeres, aunque también sería cosa de mujeres, el remordimiento de una conciencia moral materna mortificada y el silencio de la culpa. La paciente:

Px. No sé qué voy hacer, no puedo estar embarazada, que les voy a decir a mi familia, me van a correr de mi casa... quisiera tener una caída accidental y perder al bebé, no puedo tenerlo, golpeo mi vientre, no puedo tener un bebé.

Psic. ¿Cómo sabes que no puedes tener un bebé?

Px. Y si no soy buena madre, no puedo cuidarlo, no sé cómo hacerlo, además mis papás me correrán de la casa...espero tener una caída accidental...

...Perdí al bebe, el fin de semana, tuve un sangrado, soy una mala madre por no poder cuidar del bebé, te lo juro, no hice nada.

La paciente no puede hablar de su maternidad y por consiguiente del aborto ella no habla, no existe en su inventario de vida; sufre en el silencio de la ausencia, de la palabra del Otro que la redima y la perdone de su pecado pasional.

Sufre en la espera de poder posicionarse en relación al acto y en la espera de su constitución subjetiva, vía la palabra, que la libere de sus ataduras míticas; pudiendo contarlo como acto de vida y contarse así como sujeto. La significación del aborto solo le viene a ella después del acto y de su particular experiencia subjetiva.

En su sufrimiento estas mujeres “acuden a la utilización de objetos punzocortantes para cortar, herir y hacer sangrar el útero, la matriz, la madre en el cuerpo, el cuerpo de la mujer-madre. Acuden a los golpes, caídas y accidentes para hacerse caer dolorosamente como mujer y sujetos.

Acuden a la farmacéutica, la medicalización y la atención profesional en un contexto de salud, buscando desembarazarse realmente de su estado de gravidez materna (Pelegri, 2009).

En todos los casos, es necesario primero embarazarse en lo real, para después desembarazarse, tanto en lo real, como en lo simbólico. Al final, algo necesita simbolizarse de la experiencia de lo real traumático” (Alcalá, 2011).

El campo del goce que adviene en la mujer, es ése campo de lo real del cuerpo materno que por su imposibilidad simbólica de fertilidad, al hacerse posible en lo real, al acontecer y devenir en la experiencia del cuerpo embarazado, reclama su estatus de pulsión de muerte, en el preciso lugar de la gestación de la vida.

Goce y pulsión de muerte que encontrará satisfacción en la experiencia de pérdida dolorosa del sujeto. No es “algo” del cuerpo lo que se pierde. Es el sujeto quien se pierde en el mismo acto del acto.

Lo que Freud plantea parafraseando a Napoleón “La anatomía es el destino” (Freud, 1924), como destino del complejo de Edipo, le deja a la mujer dos lugares o significantes del ser mujer en la pasividad: la vagina y la matriz; receptividad sexual fálica, y generadora de vida en la receptividad del gen masculino.

La mujer deviene como madre en la medida que la maternidad la compensa de su falta fálica, deviene como homosexual en su identificación y rivalidad fálica con el padre, deviene como neurótica en su frigidez sexual por la represión de sus pulsiones sexuales “activas”.

Histórica, homosexual, madre; opciones freudianas de identificación fálica inconsciente que muchas mujeres, más que abordarlas, con gusto abortarían. La mujer al elegir a un hombre, “como si de un hijo se tratara”, concreta su amor de mujer en la herencia materna; sintetizando su “pasividad” vaginal de mujer con la “actividad” maternal en relación a su hombre. Queda ahí, en su relación con el otro masculino, la ambivalencia de la pasión materna y la pasión de mujer (Alcalá, 2011).

3. Analizar si la insatisfacción está relacionada a la identificación con la figura materna.

Ahora retomare cómo se ha visto envuelta en relaciones de pareja que la colocan en desventaja.

En este caso en la histeria, la actividad pulsional sufre una inversión en la pasividad, esta corresponde a lo que Freud designa como imposición de una meta pasiva del impulso en “los instintos y sus destinos”(1915): el sujeto buscaría, en ocasiones de forma activa un contexto de sumisión y de pasividad en la relación con el objeto deseado como condición del goce máximo (que debe ser experimentado como algo impuesto por el objeto tiránico, cuando de hecho es el sujeto quien instituye un ídolo para actualizar su fantasma de ser seducido).

En esta pasividad, el sujeto de hecho es muy activo. La persona histérica necesita dar un rodeo por la pasividad para sentir la excitación sexual; tiende a erigir el objeto en tirano, pero su fantasma primero es más bien el de dominar el objeto.

Se retomaran solo los fragmentos de las viñetas donde se evidencia las relaciones de pareja, que tiene en un primer momento del proceso solo se encuentra Jorge:

Psic: ¿Así es como te gustaría una relación de noviazgo, o que es lo que esperarías de una pareja?

Px: no sé, a veces nos peleamos, y gritamos, si me ha lastimado, me agarra muy fuerte del brazo, pero también me cuida, con el me siento bien

Psic: ¿piensas que exista otra forma de llevar una relación de pareja?

*Px: no sé qué es lo que quiero, sí quiero estar con Jorge, pero... tal vez si
Exista otra manera, te he hablado de Aldo, él fue mi novio en la secundaria,
tampoco lo querían mis papás porque era más grande, tenía 19, yo 12, pero
él me cuidaba, nunca me maltrato, era muy amable y me escribía poemas,
mis papas decían que se drogaba, casi no me dejaban verlo...me hacía
sentir bien, era muy lindo, aunque decían que se drogaba, conmigo no lo
hacía.*

*Px: Después conocí a Duarte, era maestro en mi secundaria y me gustaba
estar con él, yo sabía que era casado, pero me agradaba pasar tiempo con
él, en mi casa nunca les dije que salía con él.*

*Psic: tus parejas, parecen como imposibles, que esperas de estos hombres,
Px: que me escuchen, pasar tiempo con ellos, algo sucede que me siento
diferente cuando estoy con ellos, me agrada que me digan cosas bonitas,
que me cuiden, es como si nada malo pudiera pasarme.*

Se puede ver en cada pareja, como la paciente queda en la imposibilidad de asumirse como mujer frente al deseo del otro, que solo la coloca en el lugar de ser, *de ser deseo para otro*, y colocarse de forma inconsciente como objeto del deseo de otro, cubriendo su propio deseo.

Aunque la paciente tiene poca claridad de su acontecer en cada una de las situaciones de las cual se alía con estos hombres, tratando de hacer una historia diferente, de forma esperada recae en el mandato de la madre, “las mujeres tenemos que aguantar, así nos tocó a las mujeres”, lo cual nos lleva a la posición de la histeria, mostrándose en desventaja, en la disyuntiva de cumplir con la feminidad expuesta por la madre o por la premisa del padre “las mujeres tienen que tener “con que”, para cuando le toque un hombre que las maltrate”.

Px: me fui pensando la sesión pasada, que no quiero meterme más en problemas...Conocí a otra persona se llama Edson, me agrada y me cuida, sé que está mal, está casado y tiene hijos, pero me hace sentir diferente y me gusta la manera en que se acerca, me habla, me hace sentir diferente, eso quiere decir que sí le intereso, además me dijo que ya se va a divorciar, que ya lo había pensado desde antes.”

Psic: ¿Qué quieres decir con ya no meterte en problemas?

Px: voy esperar a que se divorcie para hacer bien las cosas, me gusta estar con Edson, es bueno, me espera en la parada del camión para llevarme a la casa y no me ha pedido nada a cambio, dijo que me va a respetar.

Es notable como la identidad de la paciente, fluctuaba en demostrarle al padre lo capaz que podía ser, frente a una madre que le exhibía lo dócil, pasiva, aguantando todo aquello que le tocaba sufrir, como si fuera el costo de ser mujer, y estos hombres con los que buscaba relacionarse, hombres que la protegían y escuchaban, en esa necesidad de sentirse contenida y amada, una necesidad de ser ella misma, ser reconocida en su totalidad.

En su relación con el padre, con el hombre, no es raro que la mujer histérica se lance a una rivalidad, por ejemplo intelectual y social, al querer brillar tanto como él para darle satisfacción, al devolver como en un espejo una imagen fálica, y constituyéndose así como una persona diferente de la madre relegada a una feminidad tradicional. Pero este brillo oculta a la vez un miedo de castrar al padre con mayor éxito que él, y el temor a fracasar, a decepcionarle y a mostrarse castrada (Soler, 2006).

CAPITULO V

CONCLUSION Y DISCUSIONES

5.1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Como ya lo mencione la estructura histérica ya no es como lo fue en los comienzos del psicoanálisis, el principal objeto de atención, pero siguen existiendo diferentes motivos de reflexión en torno a la histeria, reafirmandose una y otra vez su relación con el psicoanálisis, como lo muestra el caso planteado.

El hecho de que la histeria tenga nuevas formas de manifestarse no quiere decir que la estructura histérica haya desaparecido. La histérica sigue reclamando un amor por el hecho de desconocer su deseo (Soler, 2006).

En este caso la paciente se encontraba terminando la etapa de la adolescencia, existiendo la pregunta ¿Qué es una mujer?, angustiada al intentar encontrar una respuesta, hacer un salto de niña a madre sin pasar por la feminidad. Frente a la no respuesta de su madre sobre la feminidad y sobre el goce femenino, podemos encontrar las respuestas de esta paciente: embarazos precoces, dificultades en los hábitos de la alimentación, trastornos del sueño, relaciones de pareja conflictivas, etc.

El embarazo da cuenta de los problemas subjetivos de esta paciente y de los avatares para el acceso a la sexualidad y feminidad. La hipótesis de un pasaje al acto que permita que se pase mágicamente del cuerpo de la infancia a la edad adulta o de niña a madre es muy convincente. Durante el tratamiento de esta paciente se vivencia uno de dos abortos que había tenido, exhibiéndose como una falsa salida sintomática a un conflicto psíquico, difícil de tratar por el sujeto, además de los múltiples síntomas y necesidades que presentaba.

Podemos partir de un sentimiento de carencia que experimenta en sí mismo el paciente histérico, el cual trata de negar. Y que solo “se hace creíble a sí misma y a los otros mediante vivencias intensas y movimientos exagerados de expresión a los que falta el adecuado fundamento psíquico” (Jasper, 1913).

Se puede entender la histeria como un intento fracasado de negar esa vivencia de carencia; como un sistema de defensas frente a los sentimientos y ansiedades asociadas a ella.

Para el psicoanálisis, lo característico de la histeria es la estrecha y peculiar asociación que esa vivencia de carencia mantiene con el complejo de Edipo, de modo que la clínica psicoanalítica sugiere que esa vivencia de carencia se originó con los problemas de la triangulación; en la confrontación con una pareja de padres diferenciada, ante la diferencia de sexo y de generaciones (Green, 1992).

Desde la teoría Freudiana se 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, articulándose con una pregunta de lo femenino ¿Qué es una mujer? La fórmula del fantasma histérico denota una lógica fálica, la histeria como el objeto fálico que falta y completa al Otro, engarzando su deseo en función de encarnar una falta que luego lleva imaginariamente en su pregunta por la feminidad.

La maternidad sería concebida entonces como un ideal fálico de la mujer, un retorno a la identificación primaria infantil con la madre y su palabra estructurante del inconsciente; la maternidad como una relación de re-encuentro con el objeto primario de goce y frustración, y de re-encuentro con el significante de madre que la represente para otro significante también materno: *la lengua materna*, de una madre a otra, de una falla materna a otra falla materna (Bentolila, 2004).

5.2. CONCLUSIONES

La realización de este trabajo, ha permitido la construcción de un estudio de caso basado en un cuadro de neurosis de histeria, utilizando el método psicoanalítico. Dejando ver algunas líneas importantes en la estructura histeria, su posición como mujer y madre, además de algunas dificultades para el propio avance del caso, por la condición y lugar en el que se encontraba posicionada la paciente.

Puede comprender la propuesta de Freud “una verdadera mujer” es la que escogería la vía de estos destinos de la feminidad, es decir la maternidad, para Lacan, “una verdadera mujer” es la que mantiene la separación necesaria entre la madre y la mujer, que la maternidad viene a encubrir si llega el caso, pero como acceder a esto, si se encuentra desbordada en angustia con dos premisas opuestas presentadas por los padres.

Durante mi formación en la clínica psicoanalítica, he aprendido sin duda alguna a conocer las singularidades del caso, y como se estructuran los cuadros clínicos, comprenderlos nos lleva a la teoría de Freud fundada desde hace años pero también a sus sucesores, retomar sus aportaciones para la atención clínica de nuestros pacientes al día de hoy.

Sin duda alguna, el tratamiento de esta paciente deja muchas preguntas sin respuestas, como el deseo incestuoso latente, la búsqueda de la figura del padre que le ayude a dar respuesta a la incógnita ¿Qué es una mujer?, tratando de dar un giro a su identificación con la madre, no queriendo sufrir, renegando de su condición de mujer, ya que la vía para acceder a ella ha sido muy costosa y cargada de culpa. La condición de mujer como madre o mujer del hombre la desborda en manifestaciones de angustia para el logro de su identidad.

Este proyecto refleja el apoyo de expertos y sobretodo de excelentes personas, logré ampliar mis horizontes, no solo profesionales, sino también personales. Un trabajo que solicita atención y un compromiso profesional para atender a la subjetividad, al inconsciente, escuchar la demanda, que permitirá y tendrá su impacto en la relación transferencial en el trabajo psicoterapéutico.

Han quedado preguntas por resolver en este caso, siendo estas las fallas en el cuerpo, un cuerpo que habla, un embarazo, que la orillaba a preguntarse ¿Qué es ser mujer, que es una madre? La mujer queda implicada en una doble respuesta pasiva, la de madre y la de mujer. En su embarazo vemos la presencia de un acto fallido, el cual es la expresión paradójica del goce de la mujer, encontrándose una identificación originaría con la madre fallida, y por el otro lado, un deseo fálico fallido.

BIBLIOGRAFÍA

- Nasio, J.D. (2010). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Soler, C. (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Baraldi, C. (2005). *Mujeres y niños... ¿primero?* Rosario: Homo Sapiens
- André, J., Lanouzieré, J., Richard, F. (1999). *Problemática de la histeria*. Madrid: Síntesis.
- Bleichman, D. (1985). *El feminismo espontaneo de la histeria*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (1976). *La interpretación de los sueños*. En Obras Completas Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos*. En Obras Completas Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu, 2000
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En Obras Completas Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu, 2000
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre la teoría sexual*. En Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2000
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1. México: Siglo XXI, 1988.
- Lacan, J. (1960). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. Escritos 2. México: Siglo XXI, 1987.
- Etchegoyen, H. (2010). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Saldias, P. y Lora M. (2006). *Síntoma conversivo en la histeria*. Bolivia: Revista Ajayu, Vol. IV, No. 2.

Bentolila, D. (2004). La mujer como otra- Enigmas de la sexualidad femenina. En: Jornadas de aniversario. Consultado el 22 de septiembre de 2014. Disponible en <http://www.efba.org/efbaonline/jornadas>.

Pelegri, M. (2009). Los embarazos en la adolescencia: ¿síntoma del pasaje a la feminidad de las adolescentes actuales? Consultado 29 septiembre 2014. Disponible En <http://www.ffcle.es/files/losembarazospelegri.pdf>

Jacques A, (2005). El niño, entre la mujer y la madre. Consultado el 12 octubre de 2014. En: Revista digital de la escuela de la orientación Lacaniana. Disponible en <http://www.virtualia@eol.org.ar>

López, Y. (1998). La familia una construcción simbólica: de la naturaleza a la cultura. Consultado el 20 noviembre 2014. En: Revista Universidad de Antioquia. Disponible en <http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectio2.html>

Alcalá, J. (2011). El aborto como un acto de ira genésica, locura del cuerpo femenino. Consultado el 10 de octubre 2014. En Uaricha revista en psicología. Disponible en <http://uaricha.umich.mx>