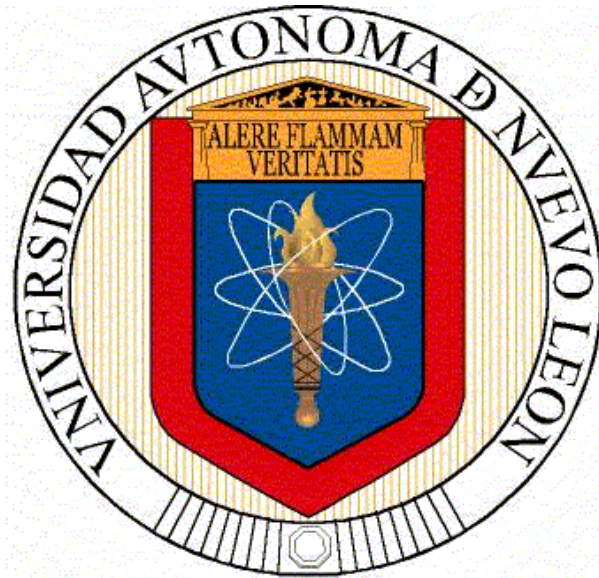


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**“NO SÉ SI FUE COMPLETA...NO SÉ SI ESTOY COMPLETA”. DEL
SINTOMA CONVERSIVO A LA INSATISFACCIÓN EN UN CUADRO
HISTÉRICO.**

PRESENTA:

BELINDA NÚÑEZ ROCHA

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

MAYO 2015

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



TESIS

**“NO SÉ SI FUE COMPLETA...NO SÉ SI ESTOY COMPLETA”. DEL
SINTOMA CONVERSIVO A LA INSATISFACCIÓN EN UN CUADRO
HISTÉRICO.**

PRESENTA:

LIC. BELINDA NÚÑEZ ROCHA

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

DIRIGE: DR. MANUEL G. MUÑIZ GARCIA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MAYO DE 2015

INDICE

Dedicatoria.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Anteproyecto de tesis.	
1.1. Antecedentes.....	8
1.2. Objetivo general.....	12
1.3. Objetivos específicos.....	12
1.4. Supuestos.....	12
1.5. Limitaciones y delimitaciones.....	13
1.6. Justificación.....	13
Capítulo II. Marco teórico.	
2.1. Fundamentación teórica.....	14
2.1.1. Introducción.....	14
2.1.2. Contexto histórico.....	14
2.1.3. La dinámica de la defensa histérica.....	18
2.1.4. El síntoma histérico.....	21
2.1.5. El complejo de Edipo en la histeria.....	23
2.1.6. La identificación histérica.....	29
2.1.7. Autores pos-freudianos.....	31
2.1.8. Sobre la insatisfacción.....	34
Capítulo III. Metodología y procedimientos.	
3.1. Método.....	38
3.2. Dispositivo analítico.....	40
3.2.1. La asociación libre.....	40
3.2.2. La atención flotante.....	40
3.2.3. La neutralidad.....	40
3.2.4. La abstinencia.....	41
3.2.5. Encuadre psicoanalítico.....	41
3.3. Proceso analítico.....	42
3.4. Técnicas y estrategias de intervención.....	43
3.4.1. Instrumentos para recabar información.....	43
3.4.2. Instrumentos de concientización.....	44

Capítulo IV. Estudio de caso clínico.		
4.1.	Historial clínico.....	46
4.1.1.	Datos generales.....	46
4.1.2.	Resumen general del caso.....	47
4.1.3.	Motivo de consulta.....	49
4.1.4.	Demanda de tratamiento.....	50
4.1.5.	Sintomatología actual.....	50
4.1.6.	Impresión diagnóstica.....	51
4.2.	Estructura subjetiva.....	51
4.2.1.	Contexto familiar.....	51
4.2.2.	Figuras significativas.....	53
4.2.3.	Estructuración edípica.....	56
4.3.	Construcción de caso clínico.....	57
4.3.1.	El Edipo como repetición.....	58
4.3.1.1.	Un padre seductor.....	58
4.3.1.2.	La prohibición materna. Una madre que separa.....	60
4.3.2.	La identificación histérica. La otra en la insatisfacción.....	62
4.3.2.1.	La identificación con la madre.....	62
4.3.2.2.	La otra es mejor que yo. Yo no soy como la otra.....	64
4.3.2.3.	Yo soy como la otra. Soy todo lo que no me gusta.....	65
4.3.2.4.	La identificación homosexual. Qué sabe esa mujer.....	66
4.3.3.	Los síntomas. La insatisfacción en la base de la sintomatología...	67
4.3.3.1.	Los síntomas conversivos.....	68
4.3.3.2.	Nunca es suficiente. No fue completa.....	70
4.3.3.3.	Por el deseo del otro. Las relaciones imposibles.....	71
4.3.4.	Sobre el abandono del tratamiento.....	72
 Capítulo V. Conclusiones y discusión.		
5.1.	Conclusiones.....	74
5.2.	Discusión.....	75
	Bibliografía.....	78

DEDICATORIA

A Guillermo, pilar fundamental y fuente de sabiduría, que con su apoyo incondicional sirvió de impulso para la culminación de esta etapa. Compañero inseparable, gracias por tolerar mi propia neurosis.

A mis padres, que aunque ausentes ya, supieron sembrar en mí alguna virtud para conseguir mis logros.

A mis hijos: More, Guille y Fer, por creer y apoyar esto que inició como un proyecto de vida y ahora es una realidad. Gracias por sus estimulantes y amorosas palabras en todo momento.

A Jorge, por esa capacidad para adaptarse a la familia como un nuevo integrante de ella, gracias.

A Jordy y Mich, mis nietos, que han venido a dar continuidad a mi razón de vivir.

A mis hermanos Georgina, Helidé, Francisco, Edgar, Aquiles, Rafaél, Celina y Mijail, por el ánimo transmitido y por creer que esto era posible.

A Pata, que con sus sabias palabras sembró en mí esa curiosidad por descubrir siempre algo más.

A mis maestros, supervisores y compañeros.

A mis amigos y amigas, por estar siempre.

TITULO

**“NO SE SI FUE COMPLETA...NO SE SI ESTOY COMPLETA”. DEL SINTOMA
CONVERSIVO A LA INSATISFACCION EN UN CUADRO HISTERICO.**

RESUMEN

En el presente estudio de caso se desarrolla la problemática de un caso de histeria femenina, tomando inicialmente como base los postulados de la teoría freudiana, así como las aportaciones de autores post-freudianos.

Se expone la forma en que se presentan una serie de identificaciones con los personajes que rodean a la paciente, así como la producción subjetiva que de ello emana, y cómo estos elementos producen dolor y sufrimiento para terminar transformándose en síntomas.

Síntomas que se presentan originalmente en un estado conversivo, y que finalmente provocan insatisfacción en las relaciones de pareja, llegando a manifestar su estado de incompletud.

Este trabajo intenta dar cuenta de un proceso de tratamiento mediante la aplicación del método psicoanalítico; tratándose del primer caso que toma la terapeuta desde el inicio de su formación en la maestría, muestra los inicios de una apropiación de aquél.

INTRODUCCION

La investigación de los fenómenos histéricos tiene un lugar especial en el curso del desarrollo psicoanalítico. Fue la vía de entrada para el joven Sigmund Freud a ese nuevo continente que fue la subjetividad humana.

Desde sus primeros contactos con la fenomenología de la histeria el joven médico quedó impresionado por las constelaciones psicológicas de las pacientes y por las innumerables sorpresas que en el trabajo clínico tenían lugar. Así, de la mano de su mentor y amigo se atrevió a seguir la estela de los fenómenos histéricos como lo atestiguan sus primeras publicaciones psicoanalíticas, basta citar "Los estudios sobre la histeria " para observar la importancia capital de esta problemática psíquica en la constitución de lo que más tarde devendría en la teoría psicoanalítica.

Así la histeria y más tarde los sueños, se convertirían en los pilares del edificio teórico del psicoanálisis.

En mi formación como psicoterapeuta con orientación psicoanalítica, el estudio y la investigación sobre los fenómenos histéricos fue parte central, desde mis primeros encuentros con la clínica psicoanalítica los sufrimientos y la ansiedad provocada por la histeria se hicieron patente en mis pacientes. El dolor y la insatisfacción que provoca la subjetividad histérica me permitió plantearme un proyecto académico, (encuadrado en mis estudios de maestría) a partir del cual estuviera en condiciones de explicarme la dinámica de la histeria y de esta manera realizar de la mejor manera mi trabajo clínico con

mis pacientes, brindándoles alternativas de salud en beneficio de ellos mismos y de aquellos que forman parte de su entorno.

De esta manera el trabajo que ahora presento es el resultado de mi entrenamiento y mi paso por la Maestría en psicología clínica con orientación psicoanalítica, trayecto que me exigió desde el inicio un compromiso ético para con mis pacientes y para conmigo misma, pues la responsabilidad de atender el sufrimiento de los pacientes implica un compromiso que va mucho más allá de un proyecto académico y apunta a considerar el ser humano que nos demanda ayuda y espera lograr su bienestar.

Este trabajo habla de la histeria, pero también del dolor y del sufrimiento del ser humano; habla del cuerpo como lugar de la manifestación psíquica a través de la somatización, habla de la insatisfacción como la constante en la vida del ser humano. En fin, habla de la cotidianidad de las pacientes histéricas.

El presente estudio está compuesto por cinco apartados en donde se abordan las particularidades de la investigación clínica.

En el primer capítulo se describe el contexto en el que tuvo lugar la investigación. Se exponen los antecedentes que motivaron el inicio del trabajo, los objetivos que orientaron la indagación psicoanalítica sobre los fenómenos histéricos, los supuestos que orientaron la mirada para dar cuenta de la explicación del cuadro histérico, así como las limitaciones del estudio y la pertinencia y justificación de este proyecto de investigación.

El capítulo dos contiene lo que desde nuestra perspectiva sería la fundamentación conceptual, en este apartado abordamos las primeras aportaciones de Freud para la explicación de la histeria. Iniciamos con las reflexiones sobre el mecanismo psíquico de la histeria, pasamos al análisis de su etiología; más tarde abordamos el Edipo como piedra angular de la neurosis y el fenómeno de la identificación histérica, para cerrar nuestros

referentes teóricos con la aportación de autores posfreudianos que nos ofrecen nuevas aristas sobre la fenomenología de la histeria en la actualidad.

En el tercer capítulo se exponen las líneas metodológicas que orientaron este estudio, se explicita la investigación cualitativa como marco general del estudio, se ofrecen generalidades sobre la investigación de los estudios de caso, pero fundamentalmente se exponen el modelo de investigación sobre los procesos inconscientes y el dispositivo analítico que hicieron posible la intervención clínica.

El capítulo cuarto es el eje central del estudio, donde exponemos la construcción de caso clínico. En este apartado se detalla el historial clínico del paciente, el motivo de consulta, la demanda de tratamiento y el diagnóstico clínico. Además de exponer, a partir de la indagación, la estructura subjetiva del paciente, en donde se abordan sus relaciones intersubjetivas y la significatividad de los personajes de su entorno. Por último, la construcción de caso, donde se establecen las categorías analíticas que dan cuenta del trabajo clínico realizado y los avatares por los que atravesó el proceso terapéutico.

Finalmente, en el capítulo cinco exponemos nuestras consideraciones generales sobre la intervención terapéutica y sobre los aportes y experiencias que la indagación arrojó en los diferentes planos del conocimiento. En el plano académico, asistencial y personal del investigador.

Como el lector podrá apreciar, este empeño de investigación es solo un momento en mi trayecto de formación, pues aún que agradezco los conocimientos obtenidos en este programa académico, considero que mi formación apenas empieza, que ésta es interminable y que estoy consciente que nos creamos y recreamos día a día, que es un final que no termina.

CAPITULO 1

ANTEPROYECTO DE TESIS

1.1. ANTECEDENTES

El síntoma histérico personificado en el cuerpo ha sido desde la antigüedad un enigma cuyos orígenes se han intentado resolver.

La palabra *histeria* proviene del griego *hyatera*, que significa útero, se traduce como una enfermedad del útero y por lo tanto, propia de la mujer, que causa trastorno en el comportamiento psicológico. En la época de Hipócrates, se creía que el útero era un órgano móvil que deambulaba por el cuerpo de la mujer, causando enfermedades a la víctima cuando llega al pecho. A este desplazamiento se le atribuían los trastornos sintomáticos, esto es, la sofocación o las convulsiones.

En la época del cristianismo la forma de concebir el mundo supone la existencia de un "pecado". El ejercicio de la sexualidad apareció ligado a la maldad, a Satán y esto se manifestó en pensamientos y discursos sobre sus trampas y tentaciones. La Iglesia cristiana desde sus primeros tiempos emitió una serie de normas dentro de las cuales se encontraban aquellas que intentaban controlar el ejercicio de la sexualidad. De esta manera el control de las pulsiones sexuales se estableció como un elemento fundamental en la construcción de la subjetividad en el

cristianismo primitivo propiciando un sesgo en el desarrollo de su posterior cosmovisión de la vida.

En la época medieval se consideraba en general que las mujeres, de naturaleza e intelecto inferior, eran aptas para transgredir la razón fácilmente, por lo que se desconfiaba mucho de aquellas que se sospechaba se desviaban de las normas, se penaban más los delitos femeninos porque tenían amplias posibilidades de alterar el orden público y eran consideradas seres muy peligrosos cuando sus faltas estaban vinculadas a la pasión sexual.

Es así como en el Siglo XV surge el “Malleus Maleficarum” , siendo probablemente el tratado más importante que se haya publicado en el contexto de la persecución de brujas o la llamada histeria bruja, en donde a través de la tortura, se arrancaban las confesiones de pacto con el demonio, terminando con su posterior ejecución. Este período alcanzó su máximo apogeo desde mediados del siglo XVI hasta mediados del siglo XVII.

Algunos indicadores de la presencia del demonio dentro de los cuerpos de estas mujeres podían serlo vómitos por parte de la afectada, visiones, clarividencia, anestesia de algunas partes del cuerpo, ataques convulsivos, perturbaciones de la actividad sensorial y alteraciones en el discurso.

Así pues, vemos cómo desde la antigua Grecia, pasando por el cristianismo y el renacimiento, los síntomas conversivos histéricos se explicaban desde la lógica médica como una falla orgánica o, desde la lógica religiosa, como si se tratara de una posesión de espíritus malignos.

De esta forma se explica la neurosis histérica, será en 1885, en el Hospital de Sâlpêtière, y bajo la influencia de Charcot, cuando Freud entrará en contacto con las investigaciones sobre la histeria y aprenderá el método hipnótico como medio terapéutico, reproduciendo de manera artificial los síntomas histéricos y a la vez dando cuenta de cómo los síntomas histéricos toman un rumbo nuevo en su concepción y adquieren una explicación desde lo psíquico, ocupando, desde la teoría psicoanalítica, un lugar privilegiado.

A partir de esta experiencia clínica Freud emprende un viraje del campo de la medicina al del psicoanálisis; en su *Comunicación Preliminar...* uno de sus escritos iniciales, se preguntó cuál era la génesis de los síntomas histéricos, llegando a la conclusión de que su origen está en el ámbito de la vida psíquica y no en lo orgánico y lo dice así: “El síntoma histérico tiene que ver con vivencias que al paciente le resultan desagradables comentar, pero, principalmente, a que en realidad no las recuerda y hartas veces ni vislumbra el nexa causal entre proceso ocasionador y el fenómeno patológico” (Freud, Breuer, 1893; p. 29)

En *La etiología de la Histeria* Freud define a la histeria como esta neurosis que tiene origen en un incidente sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser elaborado asociativamente, transformándose en patógeno y provocando un síntoma. Este incidente sexual se convierte en un recuerdo reprimido de una tentativa de seducción (fantasía de seducción) pero solo se vuelve traumático retroactivamente cuando acontece un segundo incidente que convoca al primero. En este momento es cuando el síntoma hace su aparición. Freud se da cuenta que los síntomas que presenta la histeria a pesar de mostrar un malestar físico no tienen relación alguna con lo biológico, por tanto se formula como hipótesis la posibilidad de que este

síntoma cumpla una función en la vida de la histérica, propone “escuchar” al síntoma desde otra perspectiva distinta a la de la medicina biológica. (Freud, 1896)

Así, podemos decir que para Freud la histeria gira en torno a la tesis que sostiene “los histéricos sufren de reminiscencias” (Freud, 1893 p. 33) lo que lo pone en la vía del estudio del pasado, pasado estructurante que define el presente y perfila el futuro del paciente. Esta tesis será el inicio de una larga trayectoria que seguirá a lo largo de su obra, el análisis de la neurosis ofrecerá a Freud las condiciones de posibilidad para generar los cimientos de lo que más tarde será el edificio teórico del psicoanálisis.

Considero necesario mencionar que el deseo de iniciar mi práctica clínica fue una inquietud constante durante un largo tiempo, periodo en el que fundamentalmente me dediqué al trabajo institucional en programas de asistencia social. Para llevar a cabo mi objetivo, sabía del requerimiento que esta determinación me exigiría y de la gran responsabilidad que conlleva, por lo cual tomé la decisión de retomar mi formación iniciando el estudio de la maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, que me ha permitido refrescar mis conocimientos en cuanto a la teoría y a la técnica del psicoanálisis, buscando siempre enlazarlas de manera que me permita llevar a cabo una intervención más apropiada.

Actualmente laboro en la consulta clínica privada efectuando 19 sesiones semanales apoyándome en mi análisis personal, supervisiones y lectura permanente.

EL motivo que me llevó a exponer el presente caso clínico fue fundamentalmente el interés por ampliar mi comprensión de las neurosis histéricas y aunque ha sido una de las estructuras más estudiadas, no deja de ser interesante observar las

singularidades que cada caso presenta. Siendo el primer caso asignado en la USP, me han llamado la atención los síntomas presentados por una paciente que acude con interrogantes, con cuestionamientos como mujer, como una mujer que sufre y se angustia por saber qué le pasa, por qué no puede ser feliz; por qué no se siente *completa*.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar los elementos estructurantes del Complejo de Edipo en un cuadro histérico

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las relaciones edípicas y su repetición en las relaciones de pareja, cuya consecuencia es la insatisfacción.
- Identificar los síntomas psicósomáticos como efecto de la insatisfacción en un cuadro de histeria femenina.
- Analizar la insatisfacción como producto de las relaciones edípicas.

1.4. SUPUESTOS

- Las relaciones edípicas elaboradas deficientemente producen insatisfacción, así como la imposibilidad de establecer relaciones de pareja estables.
- Los síntomas psicósomáticos tienen como base explicativa las relaciones insatisfactorias en un cuadro de histeria.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

La paciente fue atendida en un marco institucional dentro de las instalaciones de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. El primer contacto con ella fue dos meses después de haber acudido a pre-consulta a solicitar atención, la cuota que se le asignó por sesión fue determinada por la institución.

El tiempo que acudió a su tratamiento fue de 16 meses con frecuencia de una sesión por semana con interrupciones en los períodos vacacionales fijados por la institución. Se le sugirió aumentar el número de sesiones a dos semanales, pero su situación económica no se lo permitió.

En nuestro estudio de caso nos proponemos revisar los aspectos concernientes a la dinámica del Complejo de Edipo, como parte del desarrollo del individuo y como proceso fundamental en la configuración psíquica del mismo.

1.6 JUSTIFICACION

En lo particular, los casos clínicos trabajados han girado en torno a la histeria y a la enfermedad psicosomática, es por eso el interés de conocer la dinámica de estos elementos para desarrollar mi formación profesional.

Considero que en la actualidad es de gran importancia la atención de problemas de orden psicosomático porque en muchos casos encontramos una gran evidencia que apoya la interrelación entre la vida emocional y los procesos corporales, así

como el especial interés social y científico por abrir nuevos campos de estudio y aplicación clínica de indudable valor para nuestra práctica profesional.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1. FUNDAMENTACION TEORICA

2.1.1. INTRODUCCION

Para la comprensión de la estructura de la histeria, vista desde la perspectiva del psicoanálisis, es necesario realizar un recorrido histórico acerca de cómo surgen los síntomas histéricos y la forma en que se han ido interpretando fundamentalmente a través de las aportaciones de quien fuera el inventor del método psicoanalítico.

La intención es buscar el camino en torno a los conceptos de histeria de conversión, insatisfacción y Complejo de Edipo desde las contribuciones de Freud y algunos autores post-freudianos, lo cual nos dará el sustento para la formulación del caso clínico que hoy intentamos construir.

2.1.2. CONTEXTO HISTORICO

Freud, desde el momento en que se vincula con Jean Martin Charcot, médico y neuropatólogo francés, en el hospital de Salpêtrière en París, quien ya desde la década de 1880 dedicó su atención a la histeria, y siendo su discípulo durante el año de 1895 a 1896, da inicio a una serie de investigaciones mediante la observación de casos de

mujeres afectadas con peculiares síntomas cuyo origen enigmático se intentaba descubrir. Este período fue fundamental para que Freud diera un giro en su interés de la neuropatología a la psicopatología.

Es en el texto *Sobre el Mecanismo Psíquico de los Fenómenos Históricos* donde Freud menciona que Charcot dedicó su atención a la llamada gran neurosis: la Gran histeria. Sus trabajos permitieron comprender las parálisis traumáticas que aparecen en la histeria, en donde los traumas deben ser graves de tal manera que pongan en peligro la existencia del sujeto, además de que tengan una relación particular con una parte del cuerpo. La parálisis es producida por la impresión del suceso traumático y la relación que se establece entre su cuerpo y el suceso. Si observamos, el concepto de trauma repite la escena del accidente (Freud, 1893).

Charcot logra reproducir el proceso histórico por vía de la sugestión hipnótica, logrando explicar así la relación del síntoma con las circunstancias del trauma, siendo equiparable a la acción verbal. Así, los síntomas históricos devendrían los restos simbólicos de eventos psíquicos no elaborados por los procesos de pensamiento, el síntoma histórico se convertiría en la expresión simbólica de eventos psíquicos no abreaccionados.

Josef Breuer, en 1880-1882 inicia lo que más tarde será considerado por los historiadores del psicoanálisis como la primera experiencia pre-psicoanalítica, quien prestó atención a un caso de histeria no traumática (Anna O.), paciente con parálisis, contracturas, perturbaciones del lenguaje y de visión, todos con particularidades psíquicas, este caso es el primero en donde dilucida el estado de la histeria logrando averiguar el origen de cada uno de los síntomas y al mismo tiempo desaparecerlos; es el punto de partida para el trabajo que se habría de desarrollar en los años posteriores, un caso a todas luces que se presenta con la mayor claridad.

Podemos decir que esta experiencia llevada por Breuer y retomada por Freud ha sido uno de los más importantes logros de Freud en la invención del primer instrumento para el examen científico de la mente humana, siendo su trabajo de *Estudios sobre la Histeria* el que nos permite el acceso a rastrear los orígenes del desarrollo del mismo, narrando no solo cómo fueron superados una serie de obstáculos, sino la historia del descubrimiento de esos obstáculos. (Freud, 1895 p. 11)

Y el primero de estos obstáculos fue precisamente la amnesia característica del paciente histérico, advirtiendo que el contenido psíquico manifiesto de la paciente no lo era todo, sino que había detrás un contenido psíquico inconsciente. El instrumento del que hablamos es la sugestión hipnótica.

Sin embargo, Freud reconoce no tener el dominio de esta técnica, renunciando poco a poco a ella, pues no era un adepto en esta técnica, pero justamente fue el abandono del hipnotismo lo que le permitió ampliar aún más sus investigaciones sobre los procesos psíquicos, siendo así como se le revela otro obstáculo, la resistencia de los pacientes al tratamiento.

Freud afirma que en los fenómenos histéricos se esconde una vivencia teñida de afecto que determina el sentido del síntoma, equiparándola a la gran vivencia traumática base de la histeria.

Esto permitió formular una primera tesis: existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática, encontrando así una relación entre los síntomas histéricos y las situaciones afectivas en donde tuvieron lugar. (Freud, 1893, p. 31)

Existe también otra modalidad de causación, y es la directa, ilustrada mediante la imagen del cuerpo extraño.

“Un cuerpo tal opera como causa estimuladora patológica y lo hace de continuo hasta que es removido, cuando cesa la causa cesa el afecto; por mediación de cadenas de eslabones intermedios el proceso ocasionador produce efectos durante años. El dolor psíquico recordado en la conciencia despierta en un momento posterior a la secreción lacrimal: el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias”. (Freud, 1893 p. 33)

Es así como Freud da cuenta de que, mientras la persona sana podría comunicar su aflicción, la histérica respondería que no la conoce y entonces surgiría un cuestionamiento: *“¿a qué se debe que el histérico caiga presa de un afecto sobre cuyo ocasionamiento afirma no saber nada?*, respondiendo que el enfermo se encuentra en un particular estado anímico en donde cierto recuerdo puede exteriorizar su afecto mediante fenómenos corporales sin que el yo sepa la razón de ello ni pueda intervenir para impedirlo”. (Freud, 1893 p. 35)

Es cuando Freud propone que si la vivencia original, cargada de afecto, puede ser traída a la conciencia, el afecto es por eso mismo descargado o abreaccionado, la fuerza que ha mantenido al síntoma deja de operar y el síntoma desaparece.

Observamos que cuando encontramos en el paciente, mediante su discurso, ese momento en que apareció cierto síntoma, de igual manera tiende a desaparecer, es decir, el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción, momento en el que se produce la *abreacción*. (Freud, 1893, p. 35)

En el progreso de sus investigaciones Freud abandona el concepto del trauma para dar lugar a la teoría de la seducción, donde los aspectos de índole sexual tenían un papel preponderante en la aparición de los síntomas histéricos.

Después de algunos años, y en el avance de sus indagaciones, Freud da cuenta, a través del conocido caso “Dora”, de cómo las fantasías sexuales intervienen en la aparición de

los síntomas. Es decir, hubo un acto seductor que no fue tramitado debidamente hacia la conciencia y ahora retorna como síntoma y lo explica así: "... los fenómenos patológicos son, dicho llanamente, la práctica sexual de los enfermos...la sexualidad constituye la clave para el problema de las psiconeurosis, así como de las neurosis en general (Freud, 1905, p. 100).

Como podemos observar, S. Freud fincó las bases para el estudio y comprensión de la histeria basándose en el análisis de la sintomatología presentada en sus pacientes. Más adelante abordaremos las concepciones de otros autores cuyos estudios han logrado aportar al psicoanálisis moderno nuevos puntos de vista.

2.1.3. LA DINAMICA DE LA DEFENSA HISTERICA

Las primeras aseveraciones de Freud para explicar los mecanismos de defensa en la histeria las encontramos en *Las Neuropsicosis de Defensa*, donde propone una escisión de la conciencia. Apoyado en las aportaciones de Breuer, nos dice que:

“La base y condición de la histeria es el advenimiento de unos estados de conciencia oníricos, con una aptitud limitada para la asociación, a los que propone denominar estados hipnoides. La escisión de la conciencia es pues, secundaria, adquirida; se produce en virtud de que las representaciones que afloran en estados hipnoides son segregadas del comercio asociativo con el restante contenido de conciencia. (Freud, 1894, p. 48)

Comienza Freud a esclarecer la dinámica de la defensa en los pacientes histéricos, mencionando que “*la escisión del contenido de conciencia es la consecuencia de un acto*

voluntario del enfermo, vale decir, es introducida por un empeño voluntario cuyo motivo es posible indicar". (Freud, 1894, p. 48)

Y esto no significa que el sujeto elija la escisión de su conciencia, simplemente desea defenderse de lo inconciliable, aunque no de manera consciente.

Conocemos que el principal mecanismo de defensa en la histeria es la represión; para explicar esto, Freud señala que en sus pacientes analizados sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó ante el yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que se ha decidido olvidar, emerge la defensa cuando el yo no puede elaborarlo mediante un proceso de pensamiento. En los pacientes analizados por Freud este olvido no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria. (Freud, 1893, p.49-50)

Nos explica el autor la manera en que el yo se defiende de una idea intolerable para la conciencia de la siguiente manera: "la tarea que el yo defensor realiza es tratar como "no acontecida" la representación inconciliable; una vez unidas la representación y el afecto ya no se pueden eliminar. La solución consiste en convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación, pudiéndola aplicar a otro empleo" (Freud, 1893, p. 50)

Hasta aquí, vemos que la represión se puede entender como un proceso psíquico del que el sujeto echa mano para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos, y Freud lo describe como un mecanismo fundamental de la escisión originaria entre los sistemas consciente e inconsciente en el aparato psíquico.

Cuando Freud decide abandonar la hipnosis en el tratamiento catártico de la histeria, comienza a vislumbrar que el concepto de represión proviene del fenómeno clínico que es la resistencia.

Algunos años más tarde y siempre a partir de la experiencia clínica brindada por la experiencia psicoanalítica, Freud, en sus trabajos sobre metapsicología, concretamente en *La Represión*, nos ilustra en el entendimiento del origen de este concepto. Y nos lo explica así:

“La represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen; no puede engendrarse antes que se haya establecido una separación nítida entre actividad consciente y actividad inconsciente del alma, *y su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella (...)* la represión propiamente dicha, es en la cual existiría un vínculo asociativo con la represión primordial, es decir, el material reprimido surgirá, sea placentero o no. Por otro lado, la represión continuará su organización, formando los llamados retoños y seguirá anudando conexiones desde el inconsciente, perturbando a lo consciente. (Freud, 1915, p. 143)

Entonces observaremos que es ahí donde surge otro elemento a considerar, y es el monto de afecto que se le asigne a la pulsión; este factor cuantitativo de afecto puede surgir a la luz o ser contenida por completo, o bien, una tercera posibilidad es que se transforme en angustia, dando por consecuencia la formación de un síntoma, a lo que se puede llamar *el retorno de lo reprimido* (Freud, 1915, p. 149)

Particularmente nos interesa exponer acá el mecanismo de la represión en la histeria de conversión, en donde Freud nos dice que: “Lo sobresaliente en ella, es que consigue hacer desaparecer por completo el monto de afecto. El enfermo exhibe entonces hacia sus síntomas la conducta que Charcot ha llamado *la belle indifférence (...)* el contenido de

representación de la agencia representante de pulsión se ha sustraído radicalmente de la consciencia como formación sustitutiva -y al mismo tiempo como síntoma- se encuentra una inervación hiperintensa –somática en los casos típicos- unas veces de naturaleza sensorial y otras de naturaleza motriz...” (Freud, 1915, p. 150)

Es por lo anterior que se dice que la represión será la piedra angular en la construcción del psicoanálisis, pues será justamente contra lo que habremos de luchar en la situación analítica propiamente dicha, en donde constantemente se le pide al paciente producir esos nuevos brotes de lo reprimido.

A manera de resumen, Laplanche explica el mecanismo de la represión dentro del triple registro de la metapsicología: “desde el punto de vista tópico en la primera teoría del aparato psíquico, como mantenimiento fuera de la consciencia, el modelo lo proporciona la censura; y en la segunda tópica, la represión se considera como una operación defensiva del yo. Desde el punto de vista económico, la represión supone un juego complejo de retiro de la catexis y contracatexis que afecta a los representantes de la pulsión. Y desde el punto de vista dinámico, la cuestión principal es la de los motivos de la represión: cómo una pulsión cuya satisfacción, por definición, engendra placer, suscita un displacer tal que desencadena la operación de la represión.” (Laplanche, 1996, p. 394)

2.1.4. EL SINTOMA HISTERICO

Para explicar el síntoma histérico debemos mencionar que requiere de dos elementos para sostenerse, a saber, la sollicitación somática y el valor psíquico que le permita simbolizar, es decir, la capacidad del cuerpo para facilitar la simbolización, y por otro lado, la significación del síntoma. Para esto citemos a Freud:

“...todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta sollicitación (transacción) somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ése órgano. Pero no se produce más que una sola vez –y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse- si no posee un significado (valor, intencionalidad) psíquico, un sentido. El síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse”. (Freud, 1905, p. 37).

Y después nos afirma que: en todas las psiconeurosis los procesos psíquicos son durante un buen trecho los mismos, y sólo después entra en cuenta la sollicitación somática que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal. (Freud, 1905, p. 38)

Como vemos, en el análisis los síntomas se van resolviendo en la medida en que se descubre la intención psíquica, formándonos una idea acerca de las bases somáticas de los mismos.

Otro aspecto del síntoma a destacar son los motivos para enfermar los cuales se originan en la infancia, siendo necesario, mediante el análisis, que el sujeto se convenza a sí mismo de la existencia de ese propósito de enfermar, convirtiéndose en el punto débil para la terapia el combatir éstos síntomas de la histeria que, por otro lado, están muy ligados a cuestiones sexuales.

En su escrito denominado *La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis*, Freud nos explica que la etiología de las psiconeurosis se sitúa siempre en lo sexual, argumentando que estos sucesos de tipo sexual corresponden a una época de la vida pasada, desde la primera infancia y no en la vida actual; es por eso que el enfermo lo ignora. Hablar de

sexo en la histeria es inevitable, ya que la sexualidad forma parte de la vida cotidiana del paciente, y la mejor manera de hacerlo es seca y directamente, sin rebasar los límites que la ética nos impone. (Freud, 1898, p. 261)

Por otro lado, sabemos que un síntoma puede relacionarse con varios significados al mismo tiempo. En el inconsciente no hay contradicción, el síntoma conversivo puede representar múltiples significados en diferentes momentos de la vida del individuo.

2.1.5 EL COMPLEJO DE EDIPO EN LA HISTERIA

Como decíamos más arriba, nuestra investigación estará orientada a analizar los elementos constitutivos en un cuadro de histeria, pues ya es bien conocido que éste es el núcleo en donde se originan las neurosis en general. El tema de la elección de objeto es central en el caso clínico que más adelante expondremos, la forma en que se dirige la mirada, o, dicho de otra manera, la forma en que se establece un tipo de atracción hacia otra persona.

Las primeras conceptualizaciones de Freud en torno al Complejo de Edipo se fueron dando en la medida que sus investigaciones avanzaron en la observación de pacientes histéricos, así, sabemos que este término fue acuñado refiriéndose al mito griego de Edipo. La base fue entonces, el deseo amoroso al progenitor del sexo opuesto y el deseo hostil frente al progenitor del mismo sexo que culmina en la muerte.

Para lograr la comprensión de lo anterior se hace necesario trabajar la constitución del individuo como sujeto deseante, es decir, detenernos en el desarrollo psicosexual del niño, que se encuentra plagado de experiencias y significaciones que servirán de modelo para la posterior búsqueda de placer.

En la teoría psicoanalítica los primeros años de vida del sujeto son de fundamental importancia, pues son las primeras vivencias las que servirán de modelo para la constitución del sujeto y de la personalidad del mismo; así, en el capítulo de *La interpretación de los sueños, Sobre a psicología de los procesos oníricos*, Freud escribe:

“el niño hambriento llorará y pateará inerte, pero la situación se mantendrá inmutable...sólo después de sobrevenir un cambio por algún camino, se hace la primera vivencia de satisfacción que cancela el estímulo interno; un componente esencial de esta vivencia es la aparición de una cierta percepción (la nutrición por ejemplo), cuya imagen mnémica queda de ahí en adelante asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación producida por la necesidad. La próxima vez que ésta última sobrevenga, merced el enlace así establecido, se suscitará una moción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción misma, vale decir, en verdad, restablecer la situación de la primera satisfacción, una moción psíquica de esta índole es la que llamamos deseo” (Freud, 1900, p.557)

De este modo, para el psicoanálisis, es ésta primera vivencia de satisfacción el prototipo de las posteriores satisfacciones, es decir, el modelo de satisfacción estará determinado por la serie de relaciones intersubjetivas en estos primeros años de la infancia que el sujeto establece con las primeras personas significativas de su entorno. Y es a partir de estas relaciones-modelo que el sujeto devenido adulto, intentará la búsqueda de satisfacción recordando inconscientemente esta primera vivencia placentera.

Así, observamos que el sujeto, en búsqueda de satisfacción, intentará de alguna manera el acceso al objeto original, lo cual sabemos que resultará imposible, tomando entonces como opción un sustituto de este objeto original, estableciendo imaginariamente ese estado de completud.

Es así como encontramos en la obra de S. Freud las primeras menciones del concepto de elección de objeto en el escrito titulado *Tres ensayos para una teoría sexual*, en el cual nos expone el postulado del reencuentro con el objeto de satisfacción

...”desde el lado psíquico, se consuma el hallazgo del objeto, preparado desde la más temprana infancia, cuando la primerísima satisfacción sexual estaba conectada con la nutrición, la pulsión sexual tenía un objeto fuera de su cuerpo propio: el pecho materno lo perdió solo mas tarde, quizás en la época en que el niño pudo formarse la representación global de la persona a quien pertenecía el órgano que le dispensaba satisfacción. Después la pulsión sexual pasa a ser regularmente autoerótica y solo luego de superado el período de latencia se restablece la relación originaria. No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño el pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor. El hallazgo (encuentro) es propiamente un reencuentro”. (Freud, 1905 p. 202)

Con esta propuesta freudiana se delinea la comprensión de que todo nuevo amor es en sí una reedición de un modelo arcaico que queda impreso en el aparato psíquico del sujeto, pues este reencuentro imaginario con el objeto de satisfacción tiene como modelo de referencia a esos seres significativos con los que el infante estableció la red de relaciones simbólicas en su desarrollo afectivo.

Nos comenta Vanegas en su escrito *El amor en el texto Freudiano* "... es importante señalar que el objeto por fin reencontrado no deja de ser para el psicoanálisis una mera forma de enunciarlo, pues sabemos que el objeto es siempre un objeto perdido, al que jamás se logra tener acceso, en todo caso sería como un objeto sustitutivo, ya que por reencuentro entendemos la creación de un nuevo objeto que contiene las características de un objeto mítico originario, que ha quedado perdido en el pasado. Esta acción tenderá a la repetición de manera constante en las relaciones intersubjetivas del sujeto devenido

adulto a través del acto, no reproduciéndolo como recuerdo, sino como acción, incluyendo la situación analítica. (Vanegas, G. 1993, p. 58)

Comienzan entonces a cobrar sentido las vivencias de la infancia del sujeto a fin de dar explicación a lo acontecido en el aquí y el ahora, pensando que estas experiencias tempranas fueron fundamentales en la constitución psíquica del individuo y así lo explica Fenichel:

“La afirmación de Freud en el sentido de que el complejo de Edipo es el complejo nodular de las neurosis es especialmente a la histeria, teniendo sus puntos de fijación en la etapa fálica; los histéricos no superan la relación de objeto primitiva, reproduciendo este amor incestuoso no elaborado reprimiendo su complejo de Edipo y por ende su sexualidad...toda forma de sexualidad se convierte para ellos en el amor incestuoso de la infancia, el impulso que les lleva a reprimir el complejo de Edipo reprime toda su sexualidad. (Fenichel, O., 1966, p. 266-267)

Para orientar de forma precisa el camino de nuestra exposición, consideramos fundamental abordar el tema del complejo de Edipo en la mujer.

Cuando Freud escribe *Tres Ensayos de Teoría Sexual*, una de las aportaciones, como aproximación al tema de sus teorías sexuales infantiles, consiste en atribuir a toda persona, incluyendo a la mujer, órganos genitales masculinos como los que el niño conoce por su propio cuerpo, de manera que para el niño el único sexo que existe es el masculino; la diferencia de los sexos será entonces un recorrido a través de un complicado proceso psíquico, pues en un primer momento se concibe al pene como una premisa universal de la que hay que partir, pues la niña cree que su clítoris es un pene pequeño. (Freud, S. 1905, p. 157)

En primer lugar debemos señalar que en el desarrollo psíquico del hombre y la mujer existen diferencias, como lo menciona Freud en su texto *Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Anatómica entre los Sexos*, en el varón el complejo de castración y el complejo de Edipo se presentan al mismo tiempo, mientras que en la mujer el complejo de castración la induce a desear al padre y es entonces cuando entra al complejo de Edipo. Para el niño el primer objeto de amor es la madre, pero también es la madre el objeto de amor en el tiempo del Edipo; en cambio en la niña su primer objeto de amor será la madre y en su tiempo del Edipo, el padre, y más aún, la niña tendrá que experimentar un cambio de la zona erógena que el varón no efectúa. (Freud, 1925, p. 275)

En el proceso de la conformación del complejo de Edipo, llegado el momento, se presentará la llamada envidia del pene, entendida como el complejo de castración en la niña, para lo cual consideramos pertinente mencionar que Juan David Nasio lo explica de una manera bastante esquemática y por consiguiente accesible. Veamos cómo lo expone en cuatro tiempos:

...primero, *“todo el mundo tiene un pene, el clítoris es un pene”*, mientras la madre cubra todas las necesidades del infante, éste se creará merecedor de todo, sin falta, es decir, todos tienen un pene hasta donde la función de madre lo permita, anulando esa falta. Segundo, *“el clítoris es demasiado pequeño, yo fui castrada”*, ocurre ante la evidencia del cuerpo del niño provisto de pene, se da cuenta que su clítoris no es un pene dando origen a lo que se denomina la envidia fálica; tercero, *“la madre también está castrada, resurgimiento del odio hacia la madre”*, considerando al principio su castración como una desdicha individual y solo más tarde lo va extendiendo hacia otras figuras femeninas y por último a la madre, que hasta entonces fue su objeto de amor; con el descubrimiento de que la madre está castrada, se da la posibilidad de abandonarla como objeto amoroso,

haciéndola responsable de no haberle sabido transmitir los atributos fálicos y por no haberle enseñado a valorar su verdadero cuerpo de mujer, sobreviniendo la hostilidad; y por último, *la salida del complejo de Edipo* .(Nasio, J.D., p.28)

Para lograrlo, la niña recurrirá a tres salidas posibles a este complejo de castración, primero, la asexualidad, la renuncia a toda práctica sexual u objeto sexual, pues no hay una envidia del pene; después la homosexualidad, fundada en el deseo de ser dotada de pene y así llegar a ser semejante ante los hombres y por último, otra salida posible del complejo de castración sería el deseo de tener sustitutos del pene, es decir, la niña reconoce la castración y encuentra una posición femenina; hay un cambio de objeto de amor, la madre le cede el lugar al padre, también el clítoris cede su lugar a la vagina y el pene cede el lugar al hijo. Aquí podríamos decir que funciona la ecuación hijo = falo y para lograrlo se dirige al padre. (Nasio, J.D., p. 21)

Observamos cómo ahora se nos aclara lo referente a la relación entre los complejos de Edipo y de castración en ambos sexos, pues mientras que el complejo de Edipo en el varón se aniquila en el complejo de castración, el de la niña es posibilitado e iniciado por este mismo complejo de castración.

Así, Freud reafirma en *El Sepultamiento del Complejo de Edipo* que la niña pasa de la idea del pene a la idea del niño. Su complejo de Edipo culmina en el deseo retenido durante mucho tiempo de recibir del padre como regalo un hijo; este deseo es abandonado porque no llega jamás a cumplirse, sin embargo se podría decir que ayuda a preparar a la niña para su futuro papel sexual, lo cual, como veremos, es un proceso evolutivo bastante insatisfactorio e incompleto. (Freud, S., 1924, p. 186)

Para lograr de una manera aceptable el anterior proceso, debemos mencionar que la función del padre es primordial, pues es quien deberá prohibir los deseos de la niña, es decir, echar por tierra el anhelo de ser “su” pareja y mostrar el verdadero objeto de su deseo, es decir, la madre. Esto permitirá a la niña comprender que deberá establecer su propio límite vinculando el deseo con la ley; para decirlo en las palabras de Freud: “ La niña, que quiere considerarse la amada predilecta del padre, forzosamente tendrá que vivenciar alguna seria reprimenda de parte de él y se verá arrojada de los cielos” (Freud, 1924, p. 181)

Vamos entendiendo en este proceso cómo la autoridad del padre, como función, es introyectada al yo dando origen a la formación del superyó con la prohibición del incesto. Se hace necesario aclarar que la función paterna no atañe solo al padre biológico, la función paterna la podrá realizar algún familiar o persona cercana a la madre, o la madre misma a través de su discurso.

Las consecuencias de este proceso serán la desexualización de las figuras parentales que, siendo sublimadas, darán origen a la identificación. Con este acontecimiento podemos decir que si bien el periodo de latencia detiene el desarrollo sexual, sus efectos se prolongan.

2.1.6 LA IDENTIFICACION HISTERICA

Decíamos más arriba que, con el final del complejo de Edipo se da origen a la identificación, misma que puede presentar una postura ambivalente con los objetos parentales. Pondremos especial atención al caso de la niña, en quien se puede presentar una identificación con el padre o un refuerzo de la identificación-madre, afirmando su carácter femenino.

Por otro lado, también puede ocurrir que la niña, al renunciar al padre como objeto de amor, matice su parte masculina y se identifique no con la madre, sino con el padre, con el objeto perdido, dependiendo obviamente, de que sus habilidades masculinas tengan la fuerza suficiente.

Conforme Freud fue avanzando en sus investigaciones, mediante las observaciones clínicas de sus pacientes, irá conformando el método psicoanalítico, y nos hace saber que la identificación está implicada en la formación neurótica del síntoma y nos enseña que es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto.

Para comprender el mecanismo completo de la formación histérica del síntoma, en el apartado de *La Identificación*, en su texto *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, lo expone ilustrando dos casos clínicos como ejemplos de distintos tipos de identificación:

En el primer caso, “la niña que recibe el mismo síntoma de sufrimiento que su madre, la tos martirizadora; la identificación puede ser la misma que la del complejo de Edipo, que implica una voluntad hostil de sustituir a la madre, y el síntoma expresa el amor de objeto por el padre; realiza la sustitución de la madre bajo el influjo de la conciencia de culpa: “has querido ser tu madre, ahora lo eres al menos en el sufrimiento” Y por otro lado, como en el caso Dora, en donde “el síntoma puede ser el mismo que el de la persona amada (imitando la tos de su padre) en donde la identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación” (Freud, 1921, p. 100)

Observamos cómo la elección de objeto vuelve a la identificación, es decir, que el yo se inclina a tomar las propiedades del objeto, identificándose con la persona no amada en un caso y con la persona amada en el otro.

Estas experiencias se pueden observar en el ejercicio de la práctica clínica, dando cuenta de que existen casos en los que el síntoma histérico se nos presenta mediante varias

identificaciones que van determinando un cuadro clínico más comprensible aún. Ante esto, Laplanche nos dice que: *la identificación es un proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de este. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.* (Laplanche, 1996, p.191)

Para ser más específicos aún, cabe mencionar las variantes de identificación histérica que propone Otto Fenichel, a saber: “la identificación histérica con el rival afortunado, que sería la persona a quien la paciente envidia y cuyo lugar ha querido ocupar; la identificación histérica con el objeto de amor, renunciando al objeto, pero lo posee incorporándolo; la identificación histérica en la situación o necesidad afectiva y por último la identificación múltiple, en donde se pueden representar simultáneamente varios papeles.” (Fenichel, 1966, p. 256-257)

2.1.7 AUTORES POS-FREUDIANOS

Sigmund Freud nos deja un legado con su descubrimiento del psicoanálisis, a partir de sus postulados surgen diversos autores que aportan sus propias concepciones en base a aquellas ideas, por lo que consideramos pertinente complementar las opiniones de éstos en torno a los conceptos aquí vertidos.

.Otto Fenichel, reconocido psicoanalista austriaco de la llamada “segunda generación”, al estudiar la conversión expone la existencia de un lenguaje corporal, caracterizándose por un desbaratamiento del yo sobre la motilidad y nos dice que: “en la conversión se producen ciertas alteraciones en las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos

previamente reprimidos...los síntomas de conversión no son simplemente expresiones somáticas de afectos, sino representaciones (muy específicas) de pensamientos que pueden ser retraducidos del <lenguaje somático> en que expresan al primitivo lenguaje de las palabras” (Fenichel, 1966 p. 250)

Es cierto que sobre la histeria se ha escrito mucho, sin embargo, consideramos pertinente mencionar que son los casos que encontramos con mayor frecuencia en las demandas de un análisis, y no por eso deja de ser interesante cada caso en forma particular; estamos hablando de la singularidad del caso. Al respecto Fenichel nos menciona que:

“los síndromes de conversión tienen carácter único para cada individuo, y su origen es revelado por el análisis: han sido históricamente determinados, en cada caso, por experiencias del individuo que pertenecen a su pasado. Representan una expresión deformada de exigencias instintivas reprimidas, y en cuanto al tipo específico de deformación, es determinado por los acontecimientos del pasado que dieron lugar a la represión”. (Fenichel, 1966 p. 250)

David Nasio también a su manera aborda la histeria observando cómo el síntoma conversivo sigue vigente en la actualidad, comprometiendo el cuerpo de alguna manera y nos dice: “la histeria se presenta cuando ocurren ciertos acontecimientos críticos en la vida del sujeto, se exterioriza con trastornos diversos y a menudo pasajeros como síntomas somáticos tales como perturbaciones en la motricidad, trastornos de la sensibilidad y trastornos sensoriales , así como también insomnios, desmayos, alteraciones de conciencia, memoria e inteligencia. Todo esto es transitorio y no tiene fundamento orgánico”. (Nasio, J.D., 1991, p.8.)

Podríamos asombrarnos de la información acerca de los diversos orígenes de los síntomas histéricos cuando escuchamos cómo en la historia familiar de un paciente se

encuentran implicados sucesos que fueron traumáticos, generalmente de contenido sexual, dejados en el olvido, y que llegada la etapa adulta, se manifiestan como síntoma somático.

Nasio lo expone así: “una de las causas originales de la histeria es cuando el niño fue víctima indefensa de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de este acontecimiento reside en la invasión de una inadecuada práctica sexual; el niño, ser inmaduro, queda petrificado, sin voz. Otro rasgo clínico de la histeria es que la parte genital esta asombrosamente anestesiada y aquejada por intensas inhibiciones sexuales y el resto no genital del cuerpo se encuentra paradójicamente erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes. (Nasio, J.D., 1991, p.16)

Entonces, la causa de la histeria no es un accidente mecánico exterior y fechable en la historia del paciente, sino la huella psíquica sobre investida de afecto, lo que opera no es el hecho de la seducción sino la representación psíquica que es su huella viva. (Nasio, J.D., 1991, 17)

Algunos autores piensan que siempre será necesario el fortalecimiento de algunos conceptos para profundizar en el conocimiento de la histeria y no dejarlo solo en una especie de clasificación de síntomas para determinar rigurosamente un diagnóstico, como lo propone Joel Dor., quien fija la atención en los rasgos estructurales, mencionando que es necesario buscar que el sujeto se mueva de lugar respecto a su deseo, al margen del síntoma, entendiéndose por rasgos estructurales “la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro” (Dor J., 2000, p. 90) alienación subjetiva en donde la problemática del tener se encuentra en el centro del deseo de la histérica.

El planteamiento de este autor gira en torno al falo como objeto del deseo edípico en el histérico, del cual se siente excluido de manera arbitraria, poniendo su propio deseo ante quien cree que lo posee y en este sentido...

“el histérico no interroga en la dinámica de su deseo sino ante el Otro, el cual siempre detenta supuestamente la respuesta al enigma del origen y del proceso del desarrollo en cuestión”. (Dor, J., 2000, p. 90)

Por otro lado, encontramos que en los pacientes histéricos existe una queja permanente de desamor, de no sentirse queridos, no saberse mirados, no siendo suficientemente valorados por el Otro, lo postula Joel Dor así:

“En efecto, el histérico se vive frecuentemente como no habiendo sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados por la madre. Esta frustración amorosa se inscribe siempre en relación con la apuesta fálica; así en esta frustración el histérico se inviste como un objeto desvalorizado, incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal: el falo” (Dor, J., 2000, p. 94)

2.1.8. SOBRE LA INSATISFACCION

Para iniciar con este apartado y a manera de introducir el tema, recordemos el caso freudiano denominado “el sueño de la bella carnicera” en donde la interpretación que hace el autor es claramente un ejemplo que ilustra la insatisfacción histérica: “quiero pero no me lo des”; esa es la estructura del deseo en la histeria, es un deseo de estar insatisfecha. (Freud, S, 1900, p.165)

Es bajo esa premisa que algunos continuadores de la teoría freudiana nos revelan que en la base del síntoma histérico se encuentra la insatisfacción.

Con la finalidad de conceptualizar y delimitar el uso que haremos de este concepto en el presente trabajo, será preciso acercarnos al concepto y hacer las consideraciones pertinentes sobre su utilidad en la explicación del cuadro histérico.

Podemos decir, desde la clínica psicoanalítica, que en la actualidad cotidiana las históricas de los grandes síntomas conversivos son una manifestación común pero cada vez menos frecuente, y con esto no queremos decir que las somatizaciones no se presenten en los cuadros históricos, sino que las manifestaciones conversivas en buena parte sirven de camuflaje encubriéndose en padecimientos de orden orgánico y en expresiones culturales que en buena medida las naturalizan y las vuelven objeto de la bella indiferencia.

Si bien la cultura de la bella indiferencia encubre el síntoma conversivo, la insatisfacción en las relaciones interpersonales, relaciones de fracaso y frustración son imposibles de ocultar. El sufrimiento y el dolor de la histeria brillan en la clínica con todo su esplendor.

Es en esta línea de conocimiento que el concepto de insatisfacción será el que organice nuestro abordaje de la problemática de este trabajo. Para definir el concepto de insatisfacción, nos apoyaremos para una primera aproximación en las aportaciones de Juan David Nasio, que en su libro *El dolor de la histeria* nos ofrece las siguientes reflexiones, aproximándolo de la siguiente manera... “ un fantasma en el que encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha, precisamente este estado fantasmático de insatisfacción marca y domina toda la vida del neurótico” (Nasio, J.D. 1991 p.18). Fantasma que trasciende la dinámica del cuadro histérico y se generaliza como constituyente de la vida del neurótico en general.

Sin embargo, en líneas más adelante de su reflexión específica la dinámica del proceso histérico, nos comenta el mismo Nasio: “el histérico es, fundamentalmente, un ser de miedo que, para atenuar su angustia, no ha encontrado más recursos que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida, el penoso estado de la insatisfacción” (Nasio, J.D., 1991 p. 18)

El neurótico busca estar insatisfecho, la histérica busca en sus relaciones inconscientemente el sufrimiento y el dolor. La pregunta obligada por parte del profano sería ¿ por qué el histérico busca sufrir? Y una posible respuesta nos la ofrece el mismo Nasio: “el problema del histérico es ante todo su miedo, un miedo profundo y decisivo que en realidad él no siente jamás, pero que ejerce en todos los niveles de su ser, un miedo concentrado en un único peligro: gozar. El miedo y la tenaz negativa a gozar ocupan el centro de la vida del neurótico histérico” (Nasio, J.D., 1991 p. 19)

En esta perspectiva y siguiendo las propuestas de Jaques Lacan en palabras de sus divulgadores, podemos decir que la problemática de la histérica se juega en lo que Joel Dor denomina “la apuesta fálica” Juego de significación en donde la problemática psíquica tiene como escenario lo que Freud había anticipado ya como complejo de Edipo.

La apuesta fálica se establece en la problemática del ser o tener el falo. Lugar de significación que implica la disolución del complejo de Edipo y el pasaje del ser al tener el falo, pasaje que exige en un primer momento asumir la castración, es decir, reconocer no serlo y no tenerlo para emprender su búsqueda a través de la demanda.

La apuesta fálica la define Dor siguiendo a Lacan de la siguiente manera “Para tenerlo (precisa), primero ha de haberse planteado que no se le puede tener, hasta el punto de que esa posibilidad de ser castrado es esencial en la asunción del hecho de tener el falo” (Dor, J. 2000 p.86).

De esta manera es la problemática edípica la que impone al histérico una manera particular de rasgos estructurales que constituyen su subjetividad y su manera singular de establecer relaciones interpersonales con los otros con los que convive e interactúa en su cotidianidad.

Esta forma de comportamiento o el vínculo que la histérica establece con los demás se hace patente y se manifiesta en las formas de relacionarse en su cotidianidad y específicamente en sus relaciones libidinales, pues es en la vida cotidiana en donde los vínculos afectivos que establece el histérico producen relaciones emocionales que dan como resultado sentimientos de amor, desamor, placer e insatisfacción.

Para dar cuenta de la problemática de la paciente nos apoyaremos en los rasgos estructurales propuestos por los autores consultados y observados desde la evidencia de su discurso, lo cual nos permitirá la construcción del presente caso clínico.

Así cerramos nuestro marco teórico y pasamos a continuación a desarrollar nuestros referentes metodológicos en el capítulo siguiente.

CAPITULO 3

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 METODO

La presentación de este estudio de caso se centrará en la llamada investigación cualitativa, teniendo como objeto al sujeto del inconsciente, utilizando para su logro los fundamentos del método psicoanalítico. Nuestra exposición va orientada hacia la descripción y el análisis en conjunto de un fenómeno en particular, tomando en cuenta todas las variables presentadas como un todo integrado, implicando la recopilación de una variedad de elementos como la entrevista, vivencias personales o historia de vida.

Como nos dice el Dr. Muñiz, no pretendemos sólo probar una hipótesis, sino nuestro interés va más enfocado a comprender la producción de subjetividad en un sujeto. (Muñiz & Rojas, 2008))

En esa misma línea, citaremos las características del estudio de caso...”es particularista porque se centra en un fenómeno particular, (...) es descriptivo porque el producto final es una descripción rica y densa de un fenómeno de estudio, (...) en general las descripciones son cualitativas a través de técnicas narrativas para describir, producir imágenes y analizar situaciones. Es heurístico porque ilumina la comprensión del lector del fenómeno de estudio. Puede dar lugar a descubrimientos de nuevos significados llevando a un replanteamiento del fenómeno en cuestión” (Muñiz & Rojas, 2008)

Recogiendo las aportaciones de Hernández Sampieri, nos enumera las características del enfoque cualitativo de una investigación “en el que el investigador se plantea primeramente un problema el cual no sigue un proceso claramente definido, incluso las preguntas no siempre se conceptualizan ni se definen por completo. Se comienza examinando el mundo social y en este proceso se desarrolla una teoría coherente con los datos, es decir, las investigaciones cualitativas se basan en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir y luego generar perspectivas teóricas). No se prueban hipótesis, éstas se generan durante un proceso y van refinándose. La obtención de datos consiste en obtener las perspectivas y los puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). La investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas.” (Hernández Sampieri, y otros, 2010).

El objetivo de la investigación cualitativa es tratar de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo, que sería el referirnos al todo integrado, no se opone a lo cuantitativo que es sólo un aspecto, sino que lo implica y lo integra, especialmente donde sea importante...”un tipo de enfoque naturalista o cualitativo de investigación tiene como principal característica indagar cómo la gente le da sentido a sus vidas, de tal forma que hay un especial interés en la propia perspectiva de los sujetos de estudio. De la amplia gama de estrategias y métodos que el enfoque cualitativo de investigación tiene, los estudios de caso son una de sus principales alternativas. Así, al recobrar el sujeto su lugar como centro de conocimiento, el estudio de caso se ha convertido en uno de los principales recursos metodológicos para la investigación de la psicología clínica” (Muñiz & Rojas, 2008)

3.2. DISPOSITIVO ANALITICO

El dispositivo analítico se refiere a los conceptos invariables del método, es decir, nos referimos a los postulados que Freud nos hereda como los únicos que posibilitan y fundamentan la situación analítica y entre los que se encuentran:

- **La Asociación libre:** “método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente ya sea a partir de un elemento dado, (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea. (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 36)
- **La Atención Flotante:** También llamada atención parejamente flotante, es la manera como el analista debe escuchar al analizado, “ no debe a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 37)
- **Neutralidad:** “una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la formula “no entrar en el juego del paciente”; por último neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a

priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, o un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 256).

- **Abstinencia:** “principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos la cura, concretarse a consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración” (Laplanche & Pontalis, 1971, p.3)

- **Encuadre Psicoanalítico**

El Encuadre Psicoanalítico se entiende como las variables instrumentales, mismas que son susceptibles de una modificación por necesidades del terapeuta o del paciente, como serían horarios, frecuencias por semana, tiempo de duración de la sesión, honorarios.

En nuestro caso, el trabajo se llevó a cabo con frecuencia de una sesión por semana, en la modalidad de cara a cara, con duración de 45 minutos, de 18:00 a 18:45 hr. los días lunes; el costo por sesión fue asignado por el Dpto. de Trabajo Social de la Unidad de Servicios Psicológicos, a pagar en la tesorería de la Facultad de Psicología y la cuota asignada fue de \$100.00 pesos. Se le sugirió una frecuencia de dos sesiones semanales, sin embargo argumentó no estar en

condiciones económicas de solventar el costo. Los recesos fueron determinados por la institución, de acuerdo a la calendarización de actividades como vacaciones, o días festivos.

3.3. PROCESO ANALITICO

El proceso analítico está basado en la investigación de los procesos psíquicos inconscientes del sujeto analizado, mediante el establecimiento del dispositivo analítico y la instauración del encuadre, permitiendo así el surgimiento de la relación intersubjetiva que marca dicho proceso.

- **Transferencia:** “proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad...la transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 439)
- **Resistencia:** “todo aquello que en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 106)

- **Elaboración:** “es el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas” (Laplanche & Pontalis, 1971, p.106)
- **Intervención:** son todas aquellas formas en que el terapeuta lleva a cabo el trabajo psicoanalítico.

Este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos en el proceso analítico, desde esta perspectiva la producción de la información fue el resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico. Las formas de intervención fueron a través de señalamientos, confrontación e interpretación.

3.4 TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

3.4.1 Instrumentos para recabar información

- **Ficha de Identificación.** Es el instrumento utilizado en primera instancia por el departamento de Pre-consulta de la Facultad de Psicología, en el cual se incluyen los datos generales del paciente y el motivo de consulta.
- **Discurso del paciente:** El paciente es escuchado mediante la regla fundamental, que es la asociación libre.

- **Viñetas clínicas:** Es el escrito de lo ocurrido durante las sesiones y se utiliza como relato durante las supervisiones del caso.
- **Preguntas sobre datos específicos:** Se utilizaron para indagar determinados datos que no se mencionaron de manera espontánea durante el discurso del paciente.

3.4.2 Instrumentos de concientización

- **Interpretación:** “es la deducción por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 201)
- **Señalamiento:** como su nombre lo indica, señala algo, circunscribe un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información. Puede estar indicando un contenido consciente o inconsciente, y el utilizar el señalamiento facilita o posibilita que surja más material o marca algo a continuar investigando.

“En el señalamiento el analista no lleva el propósito de informar específicamente al paciente, sino de hacerle fijar la atención en algo que ha aparecido y que, en principio, el terapeuta no sabe qué significado puede tener” (Etchegoyen, 2005)

- **Confrontación:** “muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción” (Etchegoyen, 2005)
- **Construcción:** “supone juntar varios elementos para formar algo...siempre tiene un sesgo histórico. La construcción se refiere al pasado, intenta develar una situación histórica, algo que pasó y fue determinante en la vida del sujeto” (Etchegoyen, 2005)

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1 HISTORIAL CLINICO

4.1.1 Datos generales.

Nombre: Julia

Paciente de sexo femenino

27 años de edad

Estado civil soltera

Lic. En Psicología Infantil

Originaria de Monterrey, N.L.

Religión Cristiana

Paciente de complexión media, tez aperlada, estatura media, puntual. Presenta estados de ansiedad frecuentes en el transcurso de las sesiones, la mayoría de las veces, llanto.

4.1.2 Resumen general del caso

Julia es una paciente de 27 años de edad, soltera, quien se presenta a consulta porque se pone muy ansiosa con su madre y con su novio principalmente, terminando en discusiones constantes. Llama la atención el síntoma original, el padecimiento de hipertensión acompañado de taquicardia, manifestando haber sufrido mareos y hasta un

desmayo por estrés en su trabajo, refiriendo que se le practicaron distintos exámenes médicos. Menciona que su madre también padece de hipertensión y que teme sea un asunto hereditario. Después de un tiempo éstos síntomas han desaparecido, sin embargo en las sesiones con frecuencia se presenta con ansiedad y llanto.

Julia proviene de una familia que practica la religión cristiana, imponiéndole reglas estrictas en su comportamiento; un padre estricto con sus hermanos varones pero con ella siempre muy cariñoso, incluso seductor. Por otra parte, la madre devalúa de manera permanente al padre, pues lo considera un “mantenido” que ya no quiere trabajar, situación que le parece intolerable y que provoca constantes discusiones con ella. Lo anterior le provoca interrogantes: *por qué se lleva tan mal con su madre? por qué no la soporta? será porque cuando ella nació su madre ya no la esperaba porque tenía 36 años y corría riesgos con su enfermedad, la hipertensión? “*

Cuando Julia habla de sus relaciones de pareja recuerda que antes de su novio actual tuvo relaciones sexuales en distintos momentos con un hombre y con una mujer, pero *“no sabe si fueron completas”*. Ahora se siente culpable, porque ella no es así....que le gusten las mujeres

Julia lo que más desea es casarse con su pareja actual, pero el impedimento principal es que, aunque vive separado, aún está casado y tiene una hija; además, negligentemente ha venido aplazando el trámite del divorcio. Ella le pide a su novio que le diga *“que soy bonita, que le gusto, que soy su todo, es la única manera de sentirme tranquila, satisfecha, completa”*.

La paciente se ha mostrado ansiosa, con una sensibilidad que con frecuencia termina en llanto, pero, qué nos quiere decir esta paciente al presentar estos estados de ansiedad? Si su demanda principal es la falta de afecto por parte de la madre, del novio, de sus

compañeras de trabajo; si permanentemente se presenta con una baja auto estima, entonces tendríamos que explicarnos este fenómeno a través de cómo vivió el Complejo de Edipo, en donde el deseo se ubica en la búsqueda de ese objeto perdido.

Por otro lado, la hipertensión, los desmayos, la taquicardia, la ansiedad, son algunos de los síntomas puestos en el cuerpo de la paciente, entendiendo estos síntomas pasajeros como un intento de vincularse con el otro, siendo ésta la forma de exteriorizarlo.

En el transcurso de las sesiones los síntomas corporales originales fueron desapareciendo sin necesidad de tomar los medicamentos prescritos, sin embargo, en la medida en que avanzaron los señalamientos, nos percatamos de que existe un deseo insatisfecho, revelándose ante nosotros que la falta, constituyente del deseo, está ligada a través de una demanda con el otro.

La paciente lleva laborando 6 años en un colegio particular como maestra auxiliar de pre-escolar; al principio manifiesta que ya es justo que le den un ascenso como maestra titular de un grupo, pero piensa que por sus inseguridades no la han considerado para ese puesto. Sin embargo, en el transcurso de su tratamiento, logró obtener ese puesto, dándose cuenta de que es capaz de realizar ese trabajo.

Poco a poco se fue dando cuenta de que la elección de su pareja está muy relacionada con la forma en que ella vivió su propia historia, es decir, aquellas vivencias infantiles en donde aprendió a vincularse de cierta manera en la búsqueda de su pareja, así como las identificaciones que suele tener con ciertas personas de su entorno.

Finalmente, y tras constantes discusiones y peleas con su novio, éste inicia los trámites del divorcio y logran concretar la fecha para casarse. La paciente dejó de acudir después de un año y medio de tratamiento debido a que, al ser ella quien tiene ingresos

económicos más altos que su novio, tomó la decisión de ahorrar para poder costear la boda, acordando casarse por la religión cristiana y por el civil en una ceremonia modesta.

4.1.3. Motivo de Consulta

Refiere haber tenido episodios de estrés y ansiedad que derivaron en hipertensión, visitando a varios médicos del IMSS, donde le practican exámenes diversos, mencionándole que tiene taquicardia y hasta la posibilidad de que fuera un daño en la tiroides; le suministran medicamentos que a la larga la hacen sentirse más mal y termina por suspenderlos. Finalmente ella piensa en solicitar ayuda psicológica y acude a la USP, ya que tiene como antecedente familiar que su madre padece de hipertensión habiendo transitado por periodos de depresión y eso le preocupa.

“La primera vez que me puse mal fue en mi trabajo y coincide con que aparte de ser maestra, me dieron un puesto administrativo y como yo nunca había manejado tanto papeleo, ni dinero, eso me estresó mucho, entonces me puse mal, me sentí mareada y hasta me desmayé y tuvieron que llamar una ambulancia y fue cuando me dijeron que era hipertensión”

4.1.4. Demanda de Tratamiento

La paciente desea saber por qué se lleva tan mal con su madre y con su novio principalmente, llora con facilidad, mostrando confianza en que con un tratamiento psicológico ella pueda sentirse *completa*.

“Me pongo muy ansiosa principalmente con mi mamá y con mi novio, discuto con ellos por cualquier cosa... es que mi mamá anda enojada con mi papá porque él ya no quiere

trabajar, dice que ya está cansado. Cuando llego a la casa del trabajo mi mamá se empieza a quejar conmigo porque mi papá no hace nada. Yo con mi mamá no puedo platicar, casi nunca platicamos...y con mi novio también últimamente solo discutimos por cualquier cosa, eso me pone muy triste, yo lo que quiero es casarme con él, quiero sentirme completa”

Con esto podemos demostrar que aquel que demanda un tratamiento viene a quejarse de lo que le pasa, tratando de responsabilizar a los otros para justificar la causa de su sufrimiento, algo que encontramos con frecuencia en los pacientes neuróticos.

4.1.5. Sintomatología Actual

La paciente refiere estados de estrés, hipertensión y taquicardia; se le observa con ansiedad acompañada de llanto frecuente; las discusiones constantes con su novio y con su madre son los motivos que ella identifica como la causa de estos estados de ansiedad.

4.1.6. Impresión Diagnóstica

Hemos podido observar que la paciente transforma su angustia en una expresión sintomática corporal, es decir, presenta la hipertensión como una forma de escape a su angustia por la constante falta de satisfacción en sus relaciones afectivas, encontrándose en la insatisfacción permanente, pero siempre en la búsqueda de la completud, del deseo permanente, de la demanda del afecto del otro. Está en falta, por lo que nos atrevemos a decir como una aproximación diagnóstica, que presenta una Neurosis Histérica con síntomas de conversión.

4.2. ESTRUCTURA SUBJETIVA

4.2.1. Contexto Familiar

La familia de Julia está compuesta por sus padres y 4 hijos, de los cuales los tres primeros son varones, siendo ella la más joven de los hermanos, única mujer; los dos hermanos mayores están casados; actualmente viven bajo el mismo techo sus padres, el menor de los varones y ella, siendo éstos últimos quienes se hacen cargo de la manutención de la familia. Sus padres tienen 40 años de estar casados, la madre es mayor que el padre cinco años. Por pláticas con su madre, la paciente sabe que cuando ella nació se le agudizaron los problemas de hipertensión y debido a su edad, 36 años, el embarazo transcurrió con malestares, terminando con una depresión post-parto. Esto hace que Julia piense que no fue una hija deseada.

La familia pertenece a la religión cristiana, cuya práctica les marca ciertas prohibiciones que según la paciente su padre se toma muy en serio, no permitiéndole vestir con blusas muy escotadas o faldas demasiado cortas, ni maquillarse; no le permite tener novio, debe llegar a casa a las 9:30 pm y lo describe como muy celoso. Actualmente sus padres tienen una relación hostil, con pleitos, discusiones que han pasado a formar parte de la cotidianidad, en donde la madre tiende a la devaluación del padre acusándolo de ser un “mantenido”, un “maricon”, “mandilon”, es el motivo principal de las discusiones con su madre, que en ocasiones han rayado en la falta de respeto.

Otro motivo de discusiones entre sus padres es que la madre de Julia con frecuencia le reclama a su padre porque trata mejor a su abuela y tías paternas, siendo alegre y bromista con ellas,.

El padre tiene un taller donde fabrica ventanas de aluminio, pero últimamente ya no tiene clientes y acude cada tercer día solo para platicar con los vecinos, motivo de los reclamos de su madre.

Por otro lado, desde hace mucho tiempo sus padres no duermen juntos, han dejado de compartir la habitación, terminando por dormir juntas la paciente y su madre; eventualmente los padres terminan separándose después de una discusión, el padre suele irse de la casa y en ocasiones tarda hasta varios meses en volver, otras veces Julia lo va a buscar a la casa de su abuela para pedirle que regrese.

Julia piensa que ella creció en una familia poco amorosa, en donde la comunicación es escasa y generalmente se hablan a gritos, no hay expresiones de afecto.

4.2.2. Figuras Significativas

- **El padre.**

Un padre percibido como muy duro con su madre y sus hermanos, sólo a ella nunca la maltrató. Lo justifica pensando que así les ha hablado siempre a todos, que es muy hostigoso y que le tiene miedo, dice no poderlo enfrentar porque es muy *“cuadrado”*. Al padre no le gusta que se cometan errores, y si algo se hace mal, según su criterio, les grita muy fuerte; cuando llega a molestarse con ella dice sentirse *“como si me aplastara”*.

Este padre creció con muchas carencias materiales, pues desde los 13 años y siendo el mayor de los hijos, tuvo que ayudar a su madre con la manutención de 6 hermanos, situación que lo llevó a vender chicles y dulces en las calles. No tuvo acceso a la escuela y su carácter se hizo duro para con el resto de las personas.

La paciente piensa que su padre no es un monstruo, que es bueno, que les enseñó a ser personas de bien a ella y a sus hermanos, les pagó los estudios y así los educó, aunque piensa que con ella fue más fijado con respecto a los horarios de llegar a casa después de alguna fiesta. Siempre la cuidó mucho, incluso lo percibe como muy celoso, a partir de la adolescencia se dio cuenta de un cambio en su padre, era como si dijera: *“sí no eres mía, de nadie más”*, negándose a conocer a alguno de sus novios

Julia recuerda que cuando era más pequeña su padre solía hacer un juego de palabras que según ella, era de connotación sexual diciendo: *“raja – raja: rajada”* y enseguida: *“coco – coco – cocochó”*, haciendo alusión a los genitales femeninos. Recuerda que desde muy pequeña ella y su padre se saludaban de beso en la boca hasta la edad de los 12 años, hasta que la madre dijo que eso no estaba bien, que tenían que dejar de hacerlo; estos recuerdos a ella la avergüenzan; también recuerda que cuando era más pequeña su padre solía acariciarle el pelo y hasta le gustaba peinarla.

- **La madre:**

Una madre, percibida con hostilidad, siempre cuestionada, pocas veces reconocida. La paciente piensa que ella no fue una hija deseada, se siente rechazada por su madre, esto a causa de que le han contado que cuando ella nació su estado de su salud se puso crítico debido a que padece de hipertensión, con 36 años de edad, posteriormente sufrió de depresión post-parto. Julia piensa y se pregunta si su mamá se puso así después del parto porque ya no la esperaba, o no esperaba que fuera una mujer, o porque ya estaba grande.

Una madre que desde el tercer día de casados empezó a sufrir de los malos tratos del padre, aguantando porque tuvo miedo a que la abandonara. Al principio era sumisa,

como le gustaba a su padre, haciéndose cargo de las labores del hogar y de atenderlo, incluso a Julia su madre siempre le enseñó eso. Julia sabe que su madre siempre estuvo de acuerdo con la forma en que el padre educó a los hijos.

Cuando la madre de Julia se molesta con ella tiende a llamarla “Georgina”, pues dice que ella y su padre son iguales, que reaccionan con “mecha corta” ante las situaciones; el padre se llama Jorge: “Jorge – Georgina”. Esto hace que Julia se moleste, pues no le gusta que la llame así y le responde de mala manera como: “*ya cállate el hocico*” o “*vieja loca*”, para posteriormente sentirse arrepentida, culpable.

A partir de que el padre decide dejar de trabajar es cuando la madre de Julia empieza a cuestionarlo, a responderle, dejan de hablarse, empieza a tratarlo mal, no le lava, no le plancha y muy apenas le sirve la comida. Julia justifica a su padre diciendo que él ya está cansado de trabajar.

A veces a Julia le da coraje que su mamá haya aguantado tantos malos tratos por parte de su padre, manifestando que no le gustaría terminar igual que ella, tan distanciados, aunque reconoce que su mamá nunca acompaña a la familia a visitar a la abuela paterna cuando hay reuniones, porque dice que a ellas las trata muy bien y a ella no.

- **El novio**

Julia inició una relación desde hace un año y medio con Ricardo de 31 años, casado, vive separado de su esposa, ambos procrearon una hija que ahora tiene 7 años, quienes viven en otra ciudad. Por otro lado, él tiene otro hijo producto de una relación anterior y ahora cuenta con 4 años, y aunque no lleva sus apellidos, eventualmente lo visita. Ricardo fue jugador de fútbol profesional y actualmente trabaja como intendente en una escuela primaria. Por las noches estudia en el CEU la carrera de

Educación Física, con la expectativa de ser contratado en la misma escuela, pero como profesor de deportes, aspirando a tener un mejor ingreso.

Julia desea casarse cuanto antes con Ricardo, sin embargo éste ha venido aplazando negligentemente los trámites del divorcio y por consecuencia retrasando los planes de matrimonio, argumentando que existen motivos entre ellos que deberían de resolver antes, como por ejemplo sus ingresos, pero sobre todo las constantes discusiones.

Julia dice que quiere casarse para sentirse “*completa*”, que Ricardo es “*su todo*”, sin embargo, constantemente se queja de su negligencia. Ella desearía haber tenido una familia como la de su novio, amorosa, que lo apoyan en todo. Los fines de semana Julia acude a la casa de Ricardo y convive con la familia, y aunque se llevan bien, en ocasiones siente celos de las hermanas de su novio porque *él las trata muy bien y les avisa adónde va, a qué hora va a regresar, etc.*”

- **Las otras relaciones...**

Antes de conocer a Ricardo, Julia tuvo un novio en su época de estudiante en la facultad, Roberto, esta relación duró cuatro años; un joven cuyo consumo de alcohol fue aumentando progresivamente hasta convertirse en dependiente, un chico al cual describe como depresivo, con muchos problemas familiares. Roberto nunca tuvo detalles para ella, “*no me daba nada, ni material ni palabras de cariño*”. Tuvo con él su primera experiencia sexual, aunque ella lo describe como un “*intento, porque no sabe si esta relación fue completa, solo recuerda que hubo dolor.*”

En el trabajo conoce a una chica norteamericana, con quien hizo una buena amistad, ella siempre estaba al pendiente de Julia, y terminaron teniendo relaciones sexuales, “*pero no sé si esa relación fue completa, porque yo nunca la toqué, solo ella a mí, aunque nos dimos besos y caricias; después ella se dio cuenta de que no soy así, que*

me gusten las mujeres". Pasados tres meses esta joven regresó a Estados Unidos y hasta la fecha siguen siendo amigas.

4.2.3. Estructuración Edípica

Como pudimos observar, las características de los protagonistas principales de este caso han sido determinantes en la forma en que la paciente establece vínculos con los otros.

Un padre que es percibido como enérgico, autoritario, celoso con la paciente, e incluso seductor, al cual la madre devalúa de manera constante. Una madre que es percibida con cierta rivalidad, propiciando una relación conflictiva; apreciamos en Julia una especie de repetición en la elección de objeto.

4.3. CONSTRUCCION DE CASO CLINICO

La construcción de un caso clínico implica partir de la experiencia terapéutica llevada a cabo en nuestra práctica clínica. Práctica que nos permitió elaborar una memoria clínica a través de la cual intentamos dar cuenta de los avatares por los que nos condujo el proceso psicoanalítico en el que acompañamos a nuestra paciente, siendo la base para la confección de este texto.

El caso que construiremos tiene como referente fundamental la teoría psicoanalítica y eficacia heurística para dar cuenta de la estructura histérica. Así, expondremos a continuación las categorías analíticas que nos permitirán ofrecer al lector una panorámica general de nuestro trabajo clínico y las elucidaciones pertinentes sobre nuestra intervención clínica.

De manera sintética podemos adelantar las líneas generales que orientarán nuestros afanes. Los síntomas como la hipertensión, el desmayo y la ansiedad que presentó inicialmente la paciente han sido considerados como manifestaciones clínicas de la histeria, pero además y fundamentalmente, a la elección de objeto que establece y que se caracteriza por una constante insatisfacción que redundará en una relación de pareja conflictiva, la cual produce síntomas en el orden corporal y en las esferas afectivas donde la principal manifestación psíquica es la insatisfacción permanente.

A continuación pretendemos destacar algunos aspectos clínicos que serán sustentados desde la teoría expuesta anteriormente, poniendo énfasis en el análisis de las relaciones Edípicas y su repetición en las relaciones de pareja, así como evidenciar la insatisfacción como producto de las mismas.

4.3.1. El Edipo como repetición

La presente categoría nos permitirá apreciar la manera en que la paciente organiza y orienta sus relaciones intersubjetivas. La repetición de su pasado infantil, específicamente su estructuración edípica establece los patrones que repetirá en sus relaciones de pareja y su vínculo con las figuras femeninas. Expondremos a continuación la manera particular en que se vincula con su padre y como éste modelo lo reproduce en su relación de pareja; también desarrollaremos la ligazón con la madre y la manera en que se repite la historia familiar en sus nuevas relaciones afectivas.

4.3.1.1 Un padre seductor

La figura paterna en este caso particular se torna significativa. El padre nos aparece como un padre fuerte y omnipotente, pero a la vez devaluado ante los ojos de la madre. Padre cuestionado pero a la vez referente obligado en la estructuración edípica.

Un padre que prohíbe y limita, pero a la vez un padre que goza narcisísticamente del lugar que ocupa, disfruta de su poder para dejar de trabajar y que lo mantengan y a pesar de esto ocupar el lugar de objeto de deseo. Padre que asume su rol de patriarca en donde su mujer y sus hijos forman parte de sus posesiones. La madre por otra parte se encarga de cuestionar subrepticamente al padre intentando ponerle límites e impidiendo que su discurso se torne totalizante.

Para explicarnos la forma en que esta paciente transitó por el complejo de Edipo es necesario atender a los momentos en que la intervención de la madre propició la prohibición de ciertas conductas entre ella y su padre, como claramente lo observamos en el siguiente fragmento del discurso:

“yo me acuerdo que a mi papá siempre lo saludé de beso en la boca, pero ya cuando crecí, como en la adolescencia, mi mamá dijo que ya no estaba bien saludarnos de beso en la boca...a mí me daba vergüenza...”

Un padre que hasta un tiempo, podríamos pensar que se manifestó incluso, seductor:

“...recuerdo que a mi papá le gustaba acariciarme el pelo, a veces hasta me peinaba como a él le gustaba, y siempre quería que en el coche yo fuera parada en la parte de en medio de los asientos de atrás, para acariciarme el pelo...”

El padre hacía un juego de palabras que era de connotación sexual:

“...diciendo: “raja – raja: rajada” y enseguida: “coco – coco – cocochó”, refiriéndose a los genitales de la mujer

De este modo, para el psicoanálisis, son las primeras vivencias de satisfacción el prototipo de las posteriores satisfacciones, es decir, el modelo de satisfacción estará determinado por la serie de relaciones intersubjetivas en estos primeros años de la infancia que el sujeto establece con las primeras personas significativas de su entorno. Y es a partir de estas relaciones-modelo que el sujeto devenido adulto, intentará la búsqueda de satisfacción recordando inconscientemente estas primeras vivencias placenteras.

El sujeto, en búsqueda de satisfacción, intentará de alguna manera el acceso al objeto original, lo cual sabemos que resultará imposible, tomando entonces como opción un sustituto de este objeto original, estableciendo imaginariamente ese estado de completud.

4.3.1.2. La prohibición materna. Una madre que separa.

Por otro lado y siguiendo con esas primeras vivencias, la paciente recuerda que durante mucho tiempo ella durmió en medio de sus padres, hasta que llegó el momento en que la madre, de nuevo, lo prohíbe:

“...cuando la hija de mi novio viene de visita se duermen juntos, en la misma cama y yo no estoy de acuerdo con eso, creo que no está bien...me acabo de acordar que de niña yo me acostumbré a dormir en medio de mis papás desde muy chica y como a los cinco o seis años por las noches me iba a su cuarto porque me daba miedo la oscuridad y me acuerdo que empezaba a llorar para que me dejaran dormir con ellos...hasta que cuando tenía como once años mi mamá dijo que eso

no estaba bien y a partir de entonces ella dejó de dormir con mi papá y se vino a compartir cuarto conmigo...”

Observamos cómo ese objeto original, la madre, al ejercer la castración, tiende a transformarse en rival, mediante una serie de manifestaciones hostiles de la paciente hacia ella:

“Cuando llego a la casa del trabajo mi mamá se empieza a quejar conmigo porque mi papá no hace nada, ya no quiere trabajar, y le grita que es un mandilón, mantenido, maricón... pero ella no entiende que mi papá ya está cansado...yo con mi mamá no puedo platicar, casi nunca platicamos...” (llanto)

En ocasiones, hasta puede rayar en la ofensa...

“...me he dado cuenta de que mi mamá molesta a propósito a mi papá porque el otro día mi papá se estaba bañando y ella le abre a la manguera para que le falte presión de agua y entonces yo le reclamé y me dijo: ¡que se aguante! Y yo le contesté: cállate el hocico!, vieja loca! “... me siento muy mal por eso...” (llanto)

Es así como en el transcurso del avance del tratamiento la paciente comienza a presentarnos la forma en que accede a los mecanismos identificatorios propios de la histeria, como en los siguientes relatos:

“...mi mamá nunca nos quiere acompañar a la casa de mi abuelita y mis tías, dice que porque a ellas mi papá las trata muy bien y hasta les hace bromas...”

Y al poco tiempo, en otra sesión:

“...me pongo celosa de las hermanas de mi novio, porque se llevan muy bien, siempre están bromeando y hasta les dice en dónde va a estar y a qué horas va a

regresar...y es por lo que siempre peleamos, cuando se le olvida avisarme que ya llegó a su casa, por ejemplo...”

En los fragmentos anteriores podemos observar el lugar de la madre en la conflictiva edípica, la madre aparece como una rival que separa a la hija del padre y no solo eso sino que también lo devalúa ante sus ojos. Ocupando el padre un lugar de devaluación y de objeto que no cumple con las necesidades básicas para la obtención de la satisfacción.

En esta repetición edípica se puede ver su desacuerdo en que la hija de su pareja comparta la cama con su padre, reproduciendo la misma posición de su madre ante un padre seductor como el de ella. En esta identificación con la madre se puede observar también la actitud que asume con las hermanas de su pareja, en ésta también se siente marginada al igual que su madre con sus tías paternas. Esta identificación con la madre la lleva, al igual que ella, a la agresión a su pareja, lo provoca de manera permanente y espera que reaccione agresivamente para así sentirse frustrada e insatisfecha en su relación de pareja y de esta manera reproducir en el presente su pasado infantil de tercero excluido y de insatisfacción permanente.

4.3.2. La identificación histérica. La otra en la insatisfacción.

Desde las primeras indagaciones psicoanalíticas sobre la clínica de la histeria Freud fue muy puntual al decir que en esta estructura psicopatológica la identificación con el otro era una característica fundamental en la estructuración del cuadro clínico y en la elucidación de su tratamiento. Ya desde “La interpretación de los sueños” (1900) en el capítulo cuatro nos ofrece el emblemático sueño de “la bella carnicera” donde sienta las bases para entender el proceso de identificación de la histeria y en particular el desear lo que se supone el otro desea.

Lo que el otro desea marcará las formas de relacionarse con las figuras significativas de su entorno. A ellas las buscará con la finalidad de responderse imaginariamente “que es ser mujer” o cómo le hace una mujer para poder serlo. La “bella carnicera” y “Dora” pondrán a Freud en la indagación del deseo de la histérica y de cómo este deseo del otro estructura las relaciones y las formas de interactuar con las mujeres de su entorno, mujeres que tiene la respuesta al enigma de su ser y qué es ser mujer.

4.3.2.1. La identificación con la madre

Más arriba perfilábamos algunas particularidades de la identificación histérica al trabajar con la estructuración edípica. En este apartado expondremos esta categoría esencial en la construcción del discurso histérico. Decíamos que la identificación con el otro marca los tipos de relaciones con las figuras de su entorno, identificarse es ponerse en el lugar del otro, desear lo que el otro desea y amar como el otro ama. En el proceso identificatorio el uno se confunde en el otro y de esta manera asume una identidad que no le es propia cimentando el camino de la insatisfacción,

Podemos apreciar que en esa identificación con la madre, la paciente elige una pareja con ciertas características semejantes a las de su padre:

“...a veces no entiendo cómo mi mamá pudo soportar la forma en que la trató mi papá, pues me platica que ella desde que se casó recibió malos tratos por parte de él...”

Y en otra ocasión, aludiendo a situaciones muy similares, pero con su pareja...

“...Cuando fuimos a una boda en Acapulco mi novio me trató muy mal, me dijo que ése callejón le recordaba a todas las viejas que se ha cogido... tu crees? Estaba

borracho y me llamó marrana, yo creo que porque traigo unos kilos de más... yo no sé por qué me trata tan mal, por qué me insulta..." (llanto)

Ahora nos damos cuenta de cómo la elección de pareja guarda similitudes con las características negativas que la madre expresa de su padre:

"...es que mi mamá anda enojada con mi papá porque él ya no quiere trabajar, no hace nada, le llama mantenido, mandilón, maricón y así..."

Ese lugar en que se coloca, por un lado en una identificación con su madre, en donde señala al padre como un mantenido, maricón, huevón, con lo que ella no está de acuerdo, sin embargo, ocurre una situación similar en su propia relación con Ricardo...

"...mi novio es muy negligente, no ha podido hacer los trámites del divorcio, porque le da flojera, sabiendo que eso a mí me daría tranquilidad...y luego, le ofrecieron trabajar en un equipo de fútbol, con un sueldo y todo, y no ha ido...con lo que le hace falta ese ingreso!..podríamos empezar a ahorrar para nuestra boda...es muy negligente, siempre deja las cosas para el último..."

4.3.2.2. La otra es mejor que yo. Yo no soy como la otra.

Sorprende ver cómo estos mecanismos identificatorios se presentan también con otras personas, como por ejemplo con la ex mujer de su novio, en donde se aprecia una mezcla de agresividad y envidia ante el temor de perder el amor del mismo.

"Vi una foto en el Face Book de la ex esposa de mi novio y es muy bonita, es delgada....pienso que ella se lo ha de pasar muy bien cuando su hija está acá con Ricardo, porque así se puede ir de fiesta... yo a veces dudo si soy una buena mujer para Ricardo..." (llanto)

Intervención: En qué lugar se coloca usted misma? Pareciera que está compitiendo con la ex esposa de su novio...

“...es que Ricardo casi nunca me dice cosas bonitas, yo quisiera que me dijera que soy bonita, que le gusto, que soy su todo...siento como si me viera como “la otra”... (llanto)

Intervención: Sin embargo, ha pensado que la ex esposa de su novio será un factor constante en la vida de su novio y su hija?

“...si, ya sé, es algo con lo que siempre viviré...de hecho creo que lo debo de aceptar por el papel que ella juega en la vida de la niña...”

Como vemos, en este proceso de identificación, el otro cuenta como objeto de envidia y de comparación. La ex – esposa de novio es más bonita que ella y por lo tanto merece más cumplidos y cariños del novio. Lo que dispara la necesidad de sentirse amada y correspondida por parte de su pareja, exigencia amorosa que produce tensión en la pareja, pues el novio se siente abrumado por la exigencia llegando la tensión hasta el enojo y las agresiones verbales. Cabe destacar que no solo está insatisfecha por sentirse menos ante la ex –pareja del novio; también señala con cierta resignación que tendrá que aceptar el lugar que tendrá la hija de su pareja a lo largo de toda su vida. Una permanente insatisfacción, en tanto otra le disputará el deseo y el amor de su pareja.

4.3.2.3. Yo soy como la otra. Soy todo lo que no me gusta.

En otro momento, surge otro personaje en el discurso de la paciente; una tía materna de la que no había querido hablar porque no le parecía que fuera importante, puesto que ella trata de evitarla cuando la visita cada mes y permanece en su casa durante algunos días

debido a que trabaja en Estados Unidos. Observemos cómo lo expresa en el siguiente fragmento:

“...mi tía es una amargada, nadie la quiere, está sola, no tiene comunicación con sus hijos, es ofensiva, irónica, hiriente, sarcástica, no se lleva bien con nadie...mira: a mí no me gusta que se meta conmigo, pero yo me pregunto por qué a veces yo misma reacciono así? Todo lo que miro en mi tía es lo que rechazo...el desapego de sus hijos, la separación de su esposo, la mala relación que llevó con su propia madre, se ha ido quedando sola poco a poco...”

Intervención: Se da cuenta de que ocurre algo similar con usted respecto a la manera como se llevan usted y su madre?

“...la verdad eso me ha hecho pensar un poco en cómo trato a mi mamá y a mi novio... no me gustaría terminar igual que mis papás, siempre peleando... tengo miedo de quedarme sola...” (llanto)

La tía es todo lo que no quiere ser pero que sin embargo termina siendo, pareciera que ese modelo de identidad es el que le sirve para poder existir y sobrevivir en un mundo donde no sabe qué quiere una mujer. La paciente reproduce el comportamiento de la tía en su propia relación con su madre. Ser mujer es ser amargada, irónica y agresiva, ingredientes que favorecen su soledad y su constante displacer.

4.3.2.4. La identificación homosexual. Qué sabe esa mujer.

En esta misma lógica de la identificación histórica podemos destacar una experiencia que la paciente vivió con una compañera de trabajo. Relación que produjo ansiedad y sobresalto en la paciente, en tanto que cuestionó su identidad sexual.

Nos referimos a un encuentro homosexual con una compañera de trabajo. En este, ambas chicas inexpertas en las relaciones sexuales, se platicaban y comentaban sus experiencias afectivas y sexuales esperando que la otra sancionara y reconociera su competencia en estas actividades. Del reconocimiento de la palabra de un momento a otro se paso al acto físico y con esto al placer sexual, la paciente narra su experiencia en un momento de su tratamiento:

“...ella siempre estaba al pendiente de mi y terminamos teniendo una experiencia sexual, pero no sé si esa relación fue completa, porque yo nunca la toqué, sólo ella a mí, aunque nos dimos besos y caricias...después ella se dio cuenta de que no soy así, que me gusten las mujeres...”

Podemos observar que en la dinámica del cuadro histérico, el desear al otro no pasa por una elección de objeto de orden homosexual, la relación con la otra mujer, como en este caso, tiene que ver más con la pregunta sobre la feminidad, es decir, ¿Qué es ser mujer? que con una estructura clínica perversa. En la histeria la identificación con la otra mujer adquiere tintes de una homosexualidad estructural, sin embargo, en el caso de la neurosis histérica esta identificación apunta más a develar el enigma de la feminidad y de cómo relacionarse con los hombres de quienes desea ser deseada.

4.3.3. Los síntomas. La insatisfacción en la base de la sintomatología.

Después de revisar la teoría psicoanalítica de la histeria, podemos decir que la insatisfacción psíquica está en la base de la neurosis en general y de la historia en nuestro caso particular. En los momentos iniciales del desarrollo del psicoanálisis, la clínica de la histeria fue el puntal de las aseveraciones freudianas. Para Freud médico,

neurólogo e investigador racionalista, la histeria era el punto de confluencia entre lo psíquico y lo somático.

Su explicación de la histeria requería de pruebas fehacientes de la materialidad de lo psíquico y los síntomas histéricos le ofrecían ese espacio. Así, en un primer momento la histeria de Freud aparecerá como la fascinante Gran Histeria del siglo XIX, la gran histeria de Charcot sintomática, estridente y pasional. Con el ánimo de hacer reconocer la histeria en el gremio médico, Freud privilegió lo espectacular de ésta, es decir, su sintomatología clínica.

En la actualidad las grandes histerias no son frecuentes, la manifestación histérica sigue siendo su expresión psicósomática o conversiva, sin embargo, en el contexto actual su expresión clínica ronda más las formas de relacionarse tanto con hombres y con mujeres.

En las líneas que desarrollaremos a continuación expondremos de manera breve la sintomatología presentada por nuestra paciente y la manera en que intentamos dar cuenta de ella.

4.3.3.1. Los síntomas conversivos

Siguiendo la propuesta freudiana “los histéricos padecen de reminiscencias” (Freud,1893) Podemos observar en nuestra paciente una serie de síntomas psicósomáticos que son los que la traen a tratamiento psicoanalítico.

Dichos síntomas son la expresión psicológica de conflictos no resueltos en sus distintas relaciones interpersonales. Particularmente en su relación con la madre, en su trabajo y en sus relaciones de pareja.

Los síntomas psicósomáticos o conversivos expresan en el plano corporal situaciones conflictivas en el orden intersubjetivo o relacional. El afecto que no se puede elaborar en el plano emocional toma materialidad en el cuerpo que se convierte en el lugar donde se hace manifiesta la imposibilidad de elaborar las problemáticas emocionales. Es decir, el cuerpo se transforma en la parte donde simbólicamente se expresa lo no elaborado, lo no resuelto.

La expresión sintomatológica la podemos expresar en los siguientes fragmentos:

“...me sentí mal la semana pasada en mi trabajo. Trabajo en un kínder, como soy psicóloga me pusieron en la coordinación de los maestros, eso me produjo mucho estrés, no sé si estoy preparada para eso, y me empezó a subir la presión, me sentía muy mal, con mucho estrés, mareos y se me nublaba la vista. En un momento sentí que me desvanecía y creo que me faltó aire, me desmaye... después ya me sentí bien...”

Terapeuta: ¿Alguien de su familia reacciona así cuando está presionado?

“...No lo había pensado, mi mamá se pone así cuando falta dinero en la casa, cuando pelea con mi padre, cuando él no quiere trabajar “

En otro momento del análisis nos relata:

“...Fui al médico porque me duele mucho el estomago, me arde y me siento muy mal. No sé porque, si como bien, no creo que sea gastritis. Esto sucede cuando me disgusto con mi novio, cuando se va a Torreón a ver a su hija. Y es que me pongo muy celosa de que vaya a ver a su hija, pues también va a ver a sus ex - esposa y no sé que pueda pasar. El dolor es tan fuerte que dejo de ir a trabajar.

Cuando pasa eso, el me habla a cada rato y dice que no me quiere dejar sola, pero que tiene que ir. Yo le digo que vaya pero me sigue doliendo”

Estos síntomas psicossomáticos son característicos de los cuadros histéricos, en donde se expresa en el cuerpo lo que no se puede decir en palabras.

Los síntomas de la alta presión y de los desfallecimientos los podemos entender a partir de la identificación con la madre, pues son una copia de la reacción de esta ante la molestia con su padre. El estrés y la alta presión vehiculizan el enojo y la molestia ante un padre devaluado que no satisface y que no cumple las ilusiones de sus mujeres.

4.3.3.2. Nunca es suficiente. No fue completa.

Analizando otros aspectos de la subjetividad de la paciente, podemos observar cómo la insatisfacción toma materialidad en el síntoma histérico en su forma conversiva, pero también y fundamentalmente, en la frustración y el fracaso de las relaciones interpersonales que sostiene con los otros; relaciones la mayoría de las veces imposibles, que producen en el sujeto la sensación de fracaso e incompletud, provocando la constante demanda de afecto y la insatisfacción al no ser correspondida.

“me gustaría que Ricardo me dijera que le gusto, que soy bonita, que soy lo más importante para él, pero no es así, mi novio es de pocas palabras...”

Y en las anteriores relaciones que estableció, la constante demanda también se hace presente:

“Roberto no tenía detalles para mí, no me daba nada, ni material ni palabras de cariño”

Así, podemos observar cómo la insatisfacción es la constante en esta paciente, el comportamiento del otro nunca es suficiente y busca elementos de realidad para justificar su tristeza y sus dudas sobre su pareja.

“...cuando estoy con Ricardo me siento feliz, nada me importa, todo lo malo se me olvida, me siento satisfecha, me siento completa, pero cuando nos despedimos y cada quien se va para su casa, me pongo muy triste...” (llanto)

“...siempre nos peleamos por lo mismo, porque él no me avisa cuando ya salió del trabajo, no sé a qué horas llega, ni dónde anda...siempre que sale con los amigos toma demasiado y se le olvida llamarme...”

Podemos cerrar este apartado a manera de síntesis mencionando que pareciera que nuestra paciente busca de manera permanente la duda y la inseguridad con relación a su pareja, y de esta manera permanecer en la insatisfacción que le dé sentido a su vida.

4.3.3.3. Por el deseo del otro. Las relaciones imposibles.

Y más adelante nos damos cuenta de cómo provoca, inconscientemente, situaciones similares en donde la búsqueda de satisfacción, de sentirse mirada por el otro, encuentra en lo prohibido ese ingrediente para la consecución de la satisfacción.

El juego de la histeria consiste en desear, para ser deseada y que ambos deseos permanezcan insatisfechos. Relaciones imposibles desde el inicio, relaciones que ante la posibilidad de cumplimiento pierden su sentido y terminan por extinguirse.

Pareciera que lo que sostiene el deseo es su imposibilidad de cumplimiento. Elegir al objeto prohibido garantiza de antemano, el máximo de placer, pero además máximo de

frustración. En el juego del deseo lo que cuenta es que el deseo se encuentre insatisfecho y de esta manea seguir deseando, seguir gozando.

Podemos ver en el siguiente fragmento el juego del deseo:

“...es el esposo de una amiga del trabajo y en una reunión estábamos en la cocina de la casa de mi amiga y entonces él me dio un beso...después nos estuvimos mandando mensajes diciéndome cosas como que si me había gustado...y mi novio se dio cuenta de los mensajes....a veces me asusto de lo que soy capaz de hacer para tener su atención, aunque creo que lo del beso a mi amigo fue inconscientemente, solo pasó, así, sin pensarlo... pero...te digo algo? No me siento culpable, al contrario me gusta que Ricardo se ponga celoso, porque así se da cuenta de que aquí estoy”

Podemos observar en este fragmento cómo la necesidad de reconocimiento y sentirse deseada por el otro, brinda la satisfacción que por vías aceptadas no puede lograr. Inconscientemente pone en juego sus rasgos histéricos, desear al esposo de su amiga en tanto mejor que su propio compañero y usar esta actuación para poner celoso a su pareja, después de haber sido besada y deseada por otro.

4.3.4. Sobre el abandono del tratamiento.

Hacia el final del trabajo terapéutico ocurrió un hecho que de alguna manera marcó el rumbo del mismo. En un día de asueto, domingo, llamó por teléfono a la terapeuta en condiciones desesperadas, con llanto y frustración debido a una nueva discusión con su pareja debido a que él se había reunido con un amigo y ella no había podido asistir, pues

es el día que convive con su familia; ella le reclama y él le dice que así no pueden seguir su relación.

La terapeuta le menciona que debe tranquilizarse y que la espera al día siguiente, en su sesión habitual de los lunes.

En sesión se le señala cómo ella repetía la misma demanda de atención en la situación de análisis con su terapeuta, igual que con su pareja. A partir de ese momento la paciente empieza a asumir una nueva postura, y entonces surge el reconocimiento de cómo, inconscientemente, provoca ella misma su propia frustración.

Finalmente, después de algunas sesiones, decide abandonar el tratamiento debido a que acuerdan ella y su pareja definir una fecha para su matrimonio, lo cual implicaría gastos que deben asumir e iniciar un ahorro económico.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSION

5.1. Conclusiones

En el caso anteriormente expuesto pudimos dar cuenta de la constitución subjetiva de la paciente, donde las experiencias en sus primeros años de vida y el significado de éstas, sirvieron como modelo para la posterior elección de objeto.

Un padre percibido como seductor y amoroso en un primer momento, para posteriormente establecer condiciones rígidas en la disciplina, basándose fundamentalmente en la doctrina de la religión que practican.

Por otro lado, una madre que devalúa de forma permanente a su marido, pudiendo observar de esta manera que nuestra paciente tiende a repetir ciertas situaciones en su relación de pareja.

Mediante confrontaciones y señalamientos la paciente se mostró sorprendida de las grandes coincidencias respecto a su propia elección de pareja; incómodo resultó el hecho de reconocer(se) en esa identificación con su madre, después de varias sesiones.

Retomando nuestro contexto teórico y en base a éste, pudimos apreciar un proceso de identificación hostil con la madre, procediendo de manera similar con su pareja, es decir, devaluándolo al igual que aquella hace con su padre, siguiendo el mismo modelo.

La pertinencia de nuestros señalamientos dieron la pauta para que la paciente asumiera posturas esperadas, pudiendo identificar esas repeticiones en la propia situación de

análisis, haciéndose responsable de sus propios actos y dejando de acusar en los otros la causa de su sufrimiento, descubriendo paulatinamente cómo es ella misma quien provoca su permanente insatisfacción.

Respecto a los síntomas psicossomáticos presentados al inicio del tratamiento, motivo por los que acudió a solicitar atención terapéutica, fueron desapareciendo en la medida en que pudo ponerlo en palabras, incluso dejó de consumir los medicamentos prescritos, por el alta de su médico.

Por otro lado, justo es mencionar que un evento vivido como un avance en su tratamiento fue el hecho de lograr un ascenso en su trabajo, de maestra pasó a ocupar el puesto de coordinadora, perdiendo el miedo a enfrentar a los padres de familia en las juntas periódicas realizadas en el colegio que labora.

5.2. Discusión

Después de describir y analizar esta experiencia clínica podemos sintetizar que los vínculos y las relaciones infantiles están en la base del cuadro clínico histérico, el complejo de Edipo funciona como elemento estructurante de la problemática de nuestra paciente. Un padre seductor/devaluado, una madre fálica/insatisfecha y una hija necesitada de amor, excluida de la relación triangular, deseante e insatisfecha ejemplifican la manera en que el Edipo estructura y produce el cuadro histérico y la insatisfacción como moneda de cambio de la histeria.

No podemos dejar de mencionar la identificación con la madre, mujer que representa imaginariamente el modelo de ser y estar en el mundo para nuestra joven histérica, la madre desde su insatisfacción moldea el deseo y la forma de relacionarse con los otros, la

madre representa para nuestra paciente el modelo de la feminidad y la poseedora de la respuesta de “que es ser mujer” enigma que nuestra paciente busca resolver en sus distintas relaciones con mujeres significativas. Con la madre particularmente, que le ofrece un modelo limitado y marcado por sus propia insatisfacción.

Las vicisitudes del proceso terapéutico llevaron a la paciente a una toma de conciencia y a la elaboración de su propia problemática. El tratamiento termina cuando de manera abrupta la paciente toma conciencia de sus repeticiones, de cómo su relación de pareja es una repetición del vínculo con su padre, la identificación con la madre se vuelve objeto de reflexión y necesidad de cambio en el futuro. La relación con su pareja adquiere una nueva configuración que en el futuro le permitirá establecer relaciones más sanas, menos inmaduras y con mejores perspectivas de futuro.

Para terminar, y como lo mencioné al principio de este trabajo, el caso expuesto ha sido el primero asignado desde el inicio de mi formación en la maestría. Mi experiencia anterior había sido en programas asistenciales gubernamentales, con las limitaciones propias de esas instituciones.

Ha sido como un re-encuentro con mi formación como psicóloga clínica que hacía tiempo me inquietaba y que, llegado el momento, cobró sentido para iniciar mi práctica clínica tantas veces prorrogada.

La formación académica en la maestría fue fundamental para refrescar los conocimientos que, aunque nunca fueron abandonados del todo, habitaban en espera de ponerlos en práctica y el resultado ha sido satisfactorio, pues en la actualidad mi labor consiste en la atención de pacientes en la consulta privada, con el compromiso de escuchar al sujeto que sufre la cotidianidad de sus actos, poniendo a su servicio los conocimientos adquiridos.

Solo me resta agradecer de una forma sincera a todos los catedráticos y supervisores que, con sus aportaciones y apoyo contribuyeron a un buen fin en esta parte de mi formación.

BIBLIOGRAFIA

Dor, J. (2000) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2000.

Etchegoyen, H.R. (2005) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Fenichel, O. (1966) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966.

Freud, S. & Breuer, J. (1893 - 1895) *Estudios sobre la histeria. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Comunicación preliminar. Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2006.

Freud, S. (1894) *Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Freud, S. (1898) *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, Obras Completas, Tomo III, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Freud, S. (1900) *La interpretación de los sueños*, Obras Completas, Tomos IV y V, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Freud, S. (1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria. Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Freud, S. (1905) *Tres ensayos de Teoría Sexual*, Obras Completas, Tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2005.

Freud, S. (1915) *La represión. Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2006.

Freud, S. (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*, Obras Completas, Tomo XVIII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2006.

Freud, S. (1924) *El sepultamiento del Complejo de Edipo*, Obras Completas, Tomo XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2006.

Freud, S. (1925) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*, Obras Completas, Tomo XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores

Hernández Samperi, R. y otros (2010) *Metodología de la investigación*, Perú, McGraw Hill, 2010.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor, S.A., 1971.

Muñiz, M. & Rojas, (2008) *Perspectivas de la psicología clínica*, Monterrey, Universidad Autónoma de San Luis, UANL, 2008.

Nasio, J.D. (1991) *El dolor de la histeria*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1991.

Nasio, J.D. (1996) *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1996.

Vanegas, G. (1989) *El amor en el texto freudiano. Algunos elementos para la reflexión*, Facultad de Psicología, UANL, Monterrey, 2005.