

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología con Orientación Clínica Psicoanalítica

**“LA DEPENDENCIA Y EL CONTROL COMO FORMA DE
VINCULACIÓN EN UNA PACIENTE HISTÉRICA”**

PRESENTA:

LIC. NANCY ELVIA MATA FERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

MONTERREY NUEVO LEÓN 2012.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres en mi vida:

A mis hijas Arantxa y Alexa quienes me enseñan día a día lo mejor de la vida

A mi hermana Karina quien me muestra lo que fui, lo que soy y lo que puedo llegar a ser

A mi madre por darme la vida

A mis cuñadas Aracely y Karen por sus constantes muestras de apoyo

A mi analista Karla Flores por acompañarme en todo momento

A mis pacientes por permitirme acompañarlas

A mis profesoras Milady, Edith, Vicky, Martha, Graciela, Blanca...

A los hombres en mi vida:

A mi esposo Luis por sus opiniones y contribuciones a este proyecto

A mis hermanos José Luis y Erick por sus constantes muestras de apoyo

A mi Director de Tesis Guillermo Vanegas por acompañarme en mi formación

A mis profesores Muñiz, Litmanovich, Moreno...

A mis amigos por su presencia y fe en lo que soy y en lo que hago

¡GRACIAS!

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Capítulo 1	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	10
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Supuestos.....	12
Limitaciones y Delimitaciones.....	13
Justificación.....	14
Capítulo 2	16
Fundamentación Teórica.....	17
Capítulo 3	23
Modelos de Intervención y Procedimientos.....	24

Capítulo 4	30
Historial Clínico.....	31
Estructura Subjetiva.....	34
Construcción del Caso.....	40
Capítulo 5	56
Síntesis de la Intervención Clínica.....	57
Discusión y conclusiones personales.....	58
Referencias Bibliográficas	60

CAPÍTULO 1

RESUMEN.

A través de un estudio de caso se pretenderá abordar la dinámica vincular de una paciente histérica, particularmente las características edípicas en relación a la figura paterna, el tipo de identificación que se establece con la figura materna así como el modo de vinculación desplegada tanto en sus relaciones cotidianas como en la relación analítica.

Se partirá del supuesto teórico que plantea que la forma de vinculación en la histeria esta caracterizada por una dualidad de dependencia/control con el padre y problemas de identificación con la madre, en donde la problemática principal se centra en la rivalidad y los celos producto de la estructuración edípica.

Se reseñarán las intervenciones clínicas y la evolución del tratamiento a través de categorías narrativas que sirvan como ejes organizadores que compongan las problemáticas más reveladoras, con el objetivo de ofrecer al lector un panorama general de los distintos momentos que ha atravesado el proceso terapéutico, hacer una descripción de la problemática trabajada y exponer los cambios que la intervención analítica han posibilitado en la paciente.

INTRODUCCIÓN.

La temática abordada en el presente estudio de caso gira en torno al cuadro clínico de la histeria, concretamente en la forma de vinculación que una paciente histérica establece en sus relaciones habituales y de cómo éstas están dominadas por la dualidad dependencia/control, en donde el otro siempre es colocado en la posición a quien se demanda y de quien se espera todo, lo cual genera un mundo fantasmático que la histérica crea alrededor del otro, mundo fantasmático que finalmente se resquebraja al no recibir lo que la histérica espera de él, terminando el otro como un objeto denigrado y devaluado y la histérica atrapada en esta forma de vinculación de la cual no puede escapar sin exponerse y verse orillada a reconocer su complejo de castración en el proceso.

El valor de la temática en el contexto de la clínica psicoanalítica radica en la importancia de la histeria como tema central del psicoanálisis en correlación a las expresiones histéricas actuales que tienden a manifestarse de una manera más interactiva y dinámica, especialmente en lo concerniente al modo de vinculación llevada a cabo.

El estudio de caso aquí presentado está compuesto por cinco capítulos, en el transcurso de los cuales se trabajó tanto la teoría como la clínica y la articulación entre ambas en lo referente a la temática descrita anteriormente.

El primer capítulo trata acerca del planteamiento inicial que llevo a la investigación a irse articulando del modo en que ahora se expone, se traza la dualidad dependencia/control como forma de vinculación en una paciente histérica teniendo como propósito revisar las características edípicas en relación a la figura paterna y el tipo de identificación en lo

concerniente a la figura materna, además se establecen las limitaciones y alcances de la investigación misma.

El segundo capítulo versa acerca del origen y surgimiento de la histeria, es decir su contexto histórico, así mismo la fenomenología y definición de la misma, se podrá observar la evolución de la histeria a través de diversos autores pos freudianos para finalizar describiendo el estado actual del concepto.

El tercer capítulo se refiere a la metodología de la investigación utilizada, ahí se podrá encontrar el tipo de investigación, la estrategia metodológica, la modalidad de presentación, el método de estudio, los instrumentos, las constantes técnicas de la investigación, las herramientas activas así como las variables instrumentales manejadas.

El cuarto capítulo atiende el estudio de caso en sí, se encuentra dividido en tres partes para su mejor comprensión, las cuales son:

1. El Historial Clínico en donde se presentan los datos generales de la paciente (salvaguardando siempre su identidad), un resumen general del caso, el motivo de consulta, la demanda de tratamiento, la sintomatología y la impresión diagnóstica.
2. La Estructura Subjetiva en la cual se muestra el contexto familiar, las figuras significativas y la estructuración edípica, aspectos que permitieron establecer las conjeturas y supuestos que facilitaron construir hipótesis sobre el pasado de la paciente, pasado que innegablemente influye en su problemática actual.
3. La Construcción del Caso en el que por medio de categorías narrativas es posible apreciar el material clínico del mismo a través de extractos de viñetas de sesiones que fueron primordiales para la argumentación clínica, es este el apartado en donde

teoría y clínica quedan articuladas de manera tal que es posible apreciar la intervención clínica y la evolución del paciente sostenidas en la teoría psicoanalítica.

El quinto capítulo se ocupa de la síntesis clínica y las conclusiones finales, se ofrece una perspectiva general del proceso de intervención clínica y los efectos que la misma provocó en el día a día de la paciente, así como una última abstracción del estado actual de la misma.

Creo que la revisión de este caso, así como la propuesta planteada, puede ser de utilidad al terapeuta que se encuentre trabajando este tipo de estructura, porque si bien no se puede generalizar lo singular de cada paciente, puede ser posible encontrar coincidencias de un paciente a otro, mismas que pueden ser entendidas desde la premisa que en la presente investigación se plantea. Así mismo espero que el trabajo realizado sirva como punto de partida para futuras investigaciones.

ANTECEDENTES.

La Histeria ha sido uno de los temas fundamentales del Psicoanálisis, no sólo como fenómeno de estudio sino como parte medular de la creación de la técnica psicoanalítica. Desde que el término fue abordado por Freud en 1893, la histeria ha sido el eje de las investigaciones de los psicoanalistas de antaño (Jones 1913, Rank 1922, Fenichel 1957, Lacan 1956 etc...) y sigue siendo la columna vertebral de estudios más actuales, como los de Nasio en 1998, Joel Dör 1990, Serge André 2002, Colette Soler 2006.

Mujeres que padecían síntomas que los mismos médicos no podían explicar científicamente, pacientes que parecían destinadas al abandono médico por considerárseles chifladas, locas y hasta brujas, era tal el clima que se vivía entonces, sólo unos pocos médicos, arriesgando su credibilidad como tales, se aventuraron a dedicarles tiempo a estas mujeres aquejadas de síntomas tan variados, desde parálisis, aparentes epilepsias, ausencias, dolores, frigidez, etc. Charcot, un neurólogo francés es el primero en emplear con pretensiones científicas la hipnosis a este tipo de padecimientos, Freud se le une alrededor de 1885, más adelante renunciará a este método y adoptará el manejo por Breuer, fisiólogo austríaco impulsor del método catártico, en el que, prescindiendo de la hipnosis, instaba al paciente a que hablara de las emociones que lo aquejaban, imponiéndole una mano sobre la frente.

La historia del psicoanálisis está hondamente relacionada con la historia de la histeria, cuando Freud, junto a Breuer trabaja utilizando el procedimiento catártico en sus pacientes histéricas, sin saberlo presenciaba el nacimiento de una nueva técnica, la psicoanalítica.

El clima social, cultural, político y económico en que se empezó a estudiar la histeria difiere mucho del actual, las históricas de Freud, Cecile, Anna O, Emily Von N, Elizabeth Von R, Kathrina, Rosalía, Emma, Miss Lucy y el célebre caso Dora, presentaban cuadros sintomáticos que difieren mucho de los vigentes, es evidente que el tipo de sintomatología histérica ha cambiado en las últimas décadas, pareciera que hoy tendiera a revelarse de manera más dinámica, incidiendo principalmente en el tipo de vinculación usada por quien la padece.

Siendo la histeria el punto de partida de la creación de la técnica psicoanalítica, así como también el cuadro clínico que más material ha vertido dentro de la historia del psicoanálisis, y del mismo modo la única elevada al rango de estructura de discurso, es decir la que se crea artificialmente dentro del dispositivo analítico para, paradójicamente tratar de tratarla y curarla, son las razones por un lado que me llevan a trabajar sobre este tema.

Por otro lado, mi interés profesional radica en profundizar en dicho contenido con el fin de ofrecer un trabajo de calidad a mis pacientes, quienes aquejados por este tipo de neurosis, les resulta tan imposible vincularse amorosa y tiernamente, lo cual resulta preocupante para mí como analista y tan doloroso para ellos como sujetos tratando de asumirse como tales.

OBJETIVO GENERAL.

- Analizar la dualidad dependencia/control como forma de vinculación de una paciente histérica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Analizar las características edípicas en la relación con la figura paterna.
- Analizar el tipo de identificación que se establece con la figura materna.
- Analizar los vínculos de dependencia/control en sus relaciones cotidianas.

SUPUESTOS

- La forma de vinculación en la histeria se caracteriza por una dualidad de dependencia/control con el padre y problemas de identificación con la madre, en donde la problemática principal se centra en la rivalidad y los celos, producto de la estructuración edípica.
- En la neurosis histérica emerge el ataque al encuadre analítico como paso previo a la dilucidación de la interpretación y la confrontación clínica.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.

Aunque se pretende dar un panorama general del modo de vinculación en el caso específico de la histeria, no podemos dejar de lado el hecho de que el caso presentado es un caso singular, podrá ser en un momento dado que los conocimientos adquiridos en el mismo, técnicos y teóricos, no puedan ser aplicados de manera general a pacientes con la misma forma de estructuración psíquica.

El contexto institucional dentro del cual se laboró en algunos momentos del análisis se presentó como un perturbador para el buen desarrollo del mismo en lo que se refiere a la disponibilidad de espacios y horarios por lo que fue necesario, en tres ocasiones diferentes, cambiar al paciente tanto de cubículo como del horario encuadrado previamente.

La intervención analítica en este caso clínico apunta a que el paciente revise las razones que le impiden vincularse de una manera más gratificante y menos neurótica con las personas trascendentes en su vida (papá, mamá, pareja), y que de este modo pueda transformar sus relaciones en relaciones más amorosas y menos agresivas, que se dé la posibilidad de disfrutar en vez de padecer cualquier tipo de vínculo que establezca. Son estos los tópicos que se han estado analizando y sobre los cuales se sigue trabajando actualmente.

JUSTIFICACIÓN.

El estudio de la histeria me permitirá, y espero que a la persona interesada en leer mi investigación también, una aproximación más actual a la representación que una histórica de nuestros días despliega al momento de relacionarse con otras personas, así mismo la intención será la de abrir interrogantes al respecto, interrogantes que en el caso de no ser sofocadas en este estudio puedan, sin embargo, provocar nuevos sesgos para investigaciones posteriores.

Me parece además que en algún momento del crecimiento y evolución de la teoría psicoanalítica el término de histeria en algún modo ha ido quedando rezagado como tema de estudio, pareciera que al psicoanalista investigador le resultara más atractivo escribir sobre un caso de obsesión o fobia, no se diga si se trata de una perversión o una psicosis, quizá esto sea alimentado por el hecho de que de algún modo, al parecer la histeria quedo encasillada como esa afección que se caracteriza por elementos conversivos, eso me parece que es debido a que no ha sido observada con la atención debida en los últimos años, pareciera que para algunos psicoanalistas hubiese pasado desapercibida la mutación sintomatológica de la cual ha sido presa la histeria, por lo cual la propuesta de la presente investigación será la de mostrar a través de un estudio de caso el despliegue de la sintomatología histórica específicamente en lo tocante a la forma de vinculación usada.

Si bien es cierto que la literatura clásica acerca de la histeria jamás dejará de estar vigente, también es cierto que existen nuevos elementos de la patología que han ido pasando desapercibidos en las últimas décadas, en especial a los que apuntan al modo de vinculación de la misma.

Este es un estudio de caso a mi parecer lleno de exquisitas revelaciones en este rubro, desde la forma de moverse de la paciente al interactuar con las figuras importantes en su vida, hasta la forma de relacionarse transferencialmente dentro del dispositivo analítico, lo cual ha desembocado en un cumulo invaluable de conocimientos para mí como analista, sin dejar tampoco de lado la forma en que la paciente ha ido creciendo en el transcurso de su análisis.

CAPÍTULO 2.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La historia psicoanalítica está hondamente relacionada con la mujer, la mujer ha sido una complicación y un desafío en la historia de la misma. Los primeros casos de Freud fueron mujeres aquejadas de lo que más tarde sería llamada por él mismo, como histeria de conversión. Los estudios sobre la histeria marcan un precedente importante en los orígenes del psicoanálisis, fundamentalmente porque se trata de temas que están relacionados con el lenguaje, eje central en la teoría psicoanalítica.

El análisis lleva ineludiblemente a quien se analiza, ya sea hombre o mujer, a enfrentarse con su deseo, a asumir la castración, a confrontarse con su falta en el saber referente a la feminidad, esto implica la histerización del sujeto, por lo tanto, el sujeto del psicoanálisis es sujeto a la histeria, y siguiendo a Lacan podríamos decir que el discurso histérico es el que introduce un análisis, algo de semejante trascendencia, es una de las razones que justifican la elección de la temática a desarrollar.

Ni toda mujer es una histérica, ni todo sujeto histérico es una mujer, del mismo modo cuando decimos que es el discurso histérico el que introduce un análisis, no queremos decir con esto que el sujeto que toca a nuestra puerta demandando ser analizado sea un histérico necesariamente, a la par, el desarrollo y la comprensión del mecanismo histérico en muchas ocasiones se ha visto confundido con la feminidad.

Colette Soler (2006) menciona que la histeria se ha vuelto irreconocible pero que no se debe tolerar que bajo la excusa de no perderla, se le vea por todas partes, pues pareciera que a toda paciente que llega a tocar la puerta de una analista inmediatamente se le crea

histórica, por lo tanto tratar de esclarecer el cuadro clínico de la histeria sería uno de los propósitos de la presente investigación.

Empezaremos desarrollando el concepto partiendo desde sus orígenes, Freud (1895), nos plantea la neurosis como una forma de defensa mal realizada, defensa que podrá ser de tres tipos o modalidades diferentes, la Obsesión, la Fobia o la Histeria, de las cuales, la última es nuestro objeto de estudio.

Desde que la Histeria fue abordada por Freud, la neurosis, ya sea la obsesiva, la fóbica o la histórica, sería aquel mecanismo por medio del cual el yo intentaría defenderse, defenderse de la presencia parásita y peligrosa de una representación psíquica, es decir de una idea inconsciente, cargada de afecto y de contenido fundamentalmente sexual.

En sus inicios Freud atribuía la presencia de esta representación psíquica inconsciente y esencialmente sexual, a un traumatismo, una vivencia acaecida en la vida infantil del sujeto, es la llamada “teoría del trauma” que planteaba que el niño, en su más tierna infancia, habría sido objeto de la seducción perversa de un adulto, ante la cual el niño habría quedado paralizado y enmudecido, el niño ante la incompreensión del acto, se hallaría inundado de un exceso de afecto el cual sería, ante la falta de un significante al cual referirlo, eminentemente inconsciente, es ahí donde radicaría lo agresivo del trauma, en el surgimiento de un exceso de afecto sexual no sentido en la conciencia sino recibido de forma directa en el inconsciente, y en el que además hubo una ausencia de angustia que pudiera servir de soporte ante tanta tensión. Este exceso de afecto quedaría instalado en el inconsciente, pero no sólo él quedaría situado ahí, asimismo quedaría grabada una imagen asociada a él, imagen que, en el caso de la histeria, se relaciona a la parte del cuerpo

involucrada en el evento traumático, y que más adelante sería el generador del síntoma histérico.

Freud (1895), muestra la relación de la histérica con su padre, en donde se destaca que no puede sujetarse tan sólo a ese encuentro con la perversión paterna, el que la histérica se explique que la sexualidad resulte para ella tan traumática, lo que enfatiza es que no es el traumatismo por sí mismo el que da origen al síntoma histérico, sino el recuerdo por el cual se le designa, para ello menciona “el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias” (Freud, 1895, p.33) es decir, que lo trascendente del trauma no es en sí lo venido del exterior sino la huella dejada del evento mismo en el inconsciente del sujeto, huella que ha sido presa de la represión.

“La histeria es provocada por una defensa inadecuada del yo: la represión” (Nasio, 1998, p.28) es decir, que lo que le da un verdadero poder patógeno a la representación sexual intolerable es precisamente la fuerza con el que yo intenta aislarla, reprimirla de la conciencia, evitar a través de la represión el que la representación sexual intolerable libere la energía de la que es portadora, es ésta una de las grandes tesis freudianas, es precisamente esta idea de la represión la que lleva a Freud a nombrar a la histeria, primero, como histeria de defensa para finalmente darle el nombre de histeria de conversión (Freud, 1896).

Histeria de conversión en el sentido en que la energía que reviste a la representación sexual intolerable se desplaza hacia otra representación más tolerable con el fin de ejercer un influjo liberador, este será el sendero a recorrer en toda neurosis, la representación que el exceso de energía elija para ligarse a ella será precisamente la que marcará la particularidad

de cada tipo de neurosis, en el caso de la neurosis por histeria de conversión el tipo de representación elegida será una representación de tipo corporal lo que dará lugar al síntoma neurótico causante de sufrimiento.

Posteriormente, se introdujo una modificación a la teoría, en la que se plantea que la aparición de un síntoma histérico no está necesariamente ligada a un evento traumático real. Ahora entendemos, gracias a las nuevas aportaciones pos freudianas, que el trauma se concebiría directamente en el cuerpo erógeno infantil, el cual se encuentra cargado de una tensión sexual colosal asiento del deseo y que no es sólo la aparición del deseo lo que generaría el síntoma histérico, sino la posibilidad de su cumplimiento (Nasio, 1998).

Los aportes pos freudianos más recientes apuntarían a esta nueva línea Dör (2000), por ejemplo, propone una lógica del deseo en relación a la apuesta fálica, como punto de anclaje de las organizaciones histéricas, específicamente en la cuestión de ese paso que se debe dar, del ser al tener en la conquista del falo, que en la teoría freudiana tendría que ver con el sepultamiento del complejo de Edipo.

De acuerdo a André (2002, p.111):

“Toda clínica de la histeria gira en torno a ese punto umbilical: el falo que la histérica encontró en su padre –incluso en el Padre en general- siempre es insuficiente; el padre de la histérica estructuralmente es impotente. Pero ¿impotente para qué? La demanda de la histérica se revela en esto en su dimensión de pregunta por la feminidad. Si el padre es estructuralmente impotente, en efecto lo es porque no puede ofrecerle el apoyo con el que cuenta para asentar su identidad femenina”

Estas aseveraciones abren una nueva línea de estudio en torno al fenómeno histérico, la histeria no se mostraría exclusivamente como una neurosis, sino también como un sendero de acceso a la feminidad.

Dör (2000) destaca la declinación de su propio deseo en beneficio del deseo del otro y la ausencia de una identificación propiamente femenina como los rasgos estructurales fundamentales que definirán un cuadro clínico histérico, son estos signos los que llevarían a la histérica a consagrarse al padre así como a intentar identificarse con una imagen femenina con el único fin de producir aquello que finalmente la haga y la reconozca como mujer.

En el presente estudio la línea de investigación se dirigirá específicamente a revisar el tipo de vinculación que una paciente histérica despliega al momento de relacionarse con las figuras significativas de su vida.

Mi objetivo no es emprender una investigación a través de la terapia vincular, es por eso que me parece importante delimitar una diferencia entre la palabra relación y vínculo que explique y justifique el uso de éste último vocablo.

El vocablo relación sugiere una correspondencia, comunicación o trato de una persona con otra que no necesariamente involucra algún tipo de permanencia o estabilidad. Mientras que el término vínculo, según el Diccionario de la Real Academia Española, tiene su origen en la palabra latina vinculum que alude a una atadura o ligazón. Una relación puede concluirse, diluirse o acabarse, una relación corresponde al orden consciente o manifiesto, opuestamente un vínculo es inconsciente, latente y determinante, por lo tanto éste solo podría constituirse en referencia al amor, al odio o a la ambivalencia (Landeira, S. 2002).

Esta especificidad del vocablo es la que me obliga a llamar vínculo al tipo de interacción que establece una histórica en sus relaciones objetales.

CAPÍTULO 3

MODELO DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

El modelo de intervención utilizado en la presente investigación es el método psicoanalítico, el cual se inserta dentro de las investigaciones de tipo cualitativo.

Navarrete (2004, p.278) define a la investigación cualitativa como:

“procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística, pues se trata de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan a un determinado fenómeno”, es decir que las investigaciones cualitativas serían una forma de buscar otro tipo de expresiones de producción de conocimiento, que posibilitaran la creación teórica acerca de la realidad que representa la subjetividad humana, su objetivo sería el de profundizar en la comprensión e interpretación, en este caso de las motivaciones inconscientes de un sujeto.

La investigación cualitativa cuenta con extensas alternativas de reglas y procedimientos para su elaboración y exposición, entre las que se pueden contar los estudios de caso, mismos que en psicoanálisis tiene que ver con la narración pormenorizada del inconsciente, los cuales encuentran en las historias de vida su principal forma de expresión (Muñiz, 2011).

El instrumento de que se sirve el método psicoanalítico es el discurso del paciente, por medio del cual el analista tiene acceso al inconsciente del mismo, a través de herramientas técnicas como: el señalamiento, la confrontación, la interpretación y la construcción. Todo esto sometido a ciertas condiciones, unas impuestas por el analista, como la asociación

libre, la atención (parejamente) flotante, la neutralidad, la abstinencia y otras surgidas del mismo vínculo analista-analizado como la transferencia, la contratransferencia, la resistencia, el trabajo elaborativo y la intervención analítica.

Dadas las características de este tipo de investigación, se hace imprescindible describir cada uno de los elementos de los cuales se sirve el método psicoanalítico. En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche (1993), se definen del siguiente modo:

Las constantes presentes en el dispositivo analítico son:

- **La Asociación Libre** es el 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.
- **La Atención (Parejamente) Flotante** es la manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, *a priori*, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.
- **La Neutralidad** es una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo, *neutral* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por

último, *neutral* en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder *a priori* una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

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

Los procesos que son producto del encuadre analítico serían:

- **La Transferencia** es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura.

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

- **La Contratransferencia** es el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

- **La Resistencia** es todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una «vejación psicológica».
- **El Trabajo Elaborativo** es el proceso en virtud del cual el analizado integra una interpretación y supera las resistencias que ésta suscita. Se trataría de una especie de trabajo psíquico que permite al sujeto aceptar ciertos elementos reprimidos y librarse del dominio de los mecanismos repetitivos. El trabajo elaborativo es constante en la cura, pero actúa especialmente en ciertas fases en que el tratamiento parece estancado y en las que una resistencia, aunque interpretada, persiste. Correlativamente, desde el punto de vista técnico, el trabajo elaborativo resulta favorecido por interpretaciones del analista consistentes especialmente en mostrar cómo las significaciones de que se trata se vuelven a encontrar en diferentes contextos.
- **La Intervención Analítica** es todo acto, silencio o palabra, proveniente del analista, dentro del dispositivo analítico, que tiene el fin de develar el inconsciente del sujeto analizando.

Las herramientas activas a través de las cuales, durante las sesiones, se accede a la historia del paciente, a sus datos personales, al motivo de consulta, a su demanda de análisis, y en sí, al tratamiento mismo, son:

- **El Señalamiento**, su propósito es llamar la atención del paciente, para que se detenga en su discurso, se escuche, para que de este modo obtenga cierta claridad en lo que plantea
- **La Confrontación** lleva al paciente a escuchar ciertos puntos contradictorios de su discurso, de sus actitudes o de sus conductas manifiestas.
- **La Interpretación** es la comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible el sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.
- **La Construcción** es el término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

Las variables instrumentales del método vendrían siendo las siguientes, que a continuación aparecen con las especificaciones necesarias del caso descrito:

- Horarios: Lunes y Jueves 1:00 P.M.
- Frecuencias: 2 sesiones por semana
- Tiempo de la sesión: 45 minutos
- Honorarios: \$50.00 pesos
- Posición: cara a cara

En este particular caso se trabajó dentro de un marco institucional bajo una frecuencia de 45 minutos 2 veces por semana durante un lapso aproximado de 30 meses, en donde a lo largo de cada año se trabajó de manera ininterrumpida a excepción de los periodos

vacacionales que comprendían 2 semanas en invierno, 2 semanas en pascua y 2 semanas en verano. Los honorarios fueron establecidos por la misma institución a través de un estudio socioeconómico solicitado al inicio del tratamiento por la misma paciente, la tarifa asignada por el departamento de Trabajo Social de la institución fue de \$50.00 pesos por sesión, estos eran recibidos por el analista quien a su vez los depositaba en caja al término de cada cita.

CAPÍTULO 4.

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

1. HISTORIAL CLÍNICO

La paciente es una joven de veinticuatro años, de mediana estatura, complexión delgada, tez blanca, una joven que viste a la moda dentro de sus posibilidades económicas y que se preocupa por su apariencia personal, usa el pelo teñido de rojo oscuro lo cual la hace destacar del común de la gente, suele expresarse con propiedad aunque conforme ha ido avanzando en su análisis se ha permitido el uso de un lenguaje soez cuando se encuentra molesta por algo, cuando se la escucha uno se puede percatar de que es una persona preparada profesionalmente.

Ella acude inicialmente solicitando atención psicológica con el fin de lograr una relación más armónica con su padre con quien pelea mucho, comenta que la altera de tal modo que suele ser muy hiriente de manera verbal con él, al grado de que en algunas ocasiones su padre tuviese que contenerla y contenerse físicamente para resguardar, a ambos, de agredirse mutuamente.

La actitud de la paciente frente a su análisis ha sido siempre manifestada por una gran disposición para cuestionarse y saber más acerca de sus motivaciones inconscientes, y aunque hubo un lapso al inicio del tratamiento que se caracterizó por sus llegadas tardes a sesión, (entre cinco y quince minutos), actualmente esta conducta ya no es habitual. En el transcurso de su análisis ha faltado dos ocasiones por motivos de salud y dos ocasiones por motivos de índole laboral. No es difícil percibir que se encuentra comprometida con su análisis.

La paciente es una joven estudiante recién egresada de una carrera universitaria, hija de padres divorciados, la mayor de dos hijos, vive sola con su padre desde los ocho años cuando ella misma le solicitó a éste se la llevara a vivir con él, pues la relación con su madre era insostenible, ya que ésta se caracterizaba por ser muy violenta. Su hermano, hoy de veintitrés años, decide quedarse a vivir con su madre porque al parecer él no tenía tantos conflictos con ella. La paciente no recuerda mucho de la época en que vivió con su madre, sólo puede definir ciertos encuentros violentos, en donde se recuerda a sí misma agazapada detrás de una silla para poder protegerse de los objetos que su madre lanzaba contra ella, además de tener recuerdos vagos sobre cómo su madre invitaba tanto a hombres como mujeres a su casa y a quienes ella cree recordar drogándose o manteniendo relaciones sexuales entre ellos.

Hoy día la madre sostiene una relación, no estable, con un hombre quince años menor que ella con quien procreo tres hijos varones. La relación que la paciente actualmente sostiene con su madre se ha venido haciendo más cordial conforme la paciente ha ido creciendo. Hoy esta relación se caracteriza, más que una relación entre madre e hija, por ser una relación de iguales, en donde la madre acude a ella para comentarle asuntos de sus relaciones que le acontecen con la pareja en turno, solicitarle algún consejo, o incluso comentarle aspectos de su vida sexual, situación ésta última que incomoda e inquieta de sobremanera a la paciente.

Cuando la paciente abandona el hogar materno se va al lado de su padre, quien vivía en ese momento con los abuelos de la paciente, ahí ambos permanecen por alrededor de cuatro años, hasta que nuevamente, la paciente le solicita a su padre renten un lugar donde puedan vivir solos, ya que en ese período ella tenía muchos problemas con su abuela, su padre

accede y rentan una casa donde ambos vivieron por diez años aproximadamente, hasta que el padre de la paciente, hace cerca de tres años, empieza una nueva relación de pareja y decide irse a vivir con ella, en este nuevo hogar la paciente permanece alrededor de seis meses, tiempo en el cual se presentan muchas dificultades con la pareja de su padre, por lo cual la paciente resuelve mudarse con unos familiares.

La paciente se encuentra tratando de sostener una relación amorosa con un joven de su misma edad, relación que le ha confrontado con una serie de cuestionamientos acerca de cómo una mujer entabla una relación con un hombre, de los límites que son necesarios poner en una relación, de lo que es importante en una relación, de sus expectativas en cuanto a lo que puede obtener de este hombre, de si será él capaz de por fin darle todo lo que ella ha carecido (límites, atenciones, apoyo, sostén, cuidados, etc...).

Ha sido llamativo ver, al paso del tiempo, como esta relación, que en un principio parecía ofrecerle un vínculo saludable y gratificante, se ha ido convirtiendo en una relación conflictiva caracterizada por peleas diarias e incluso con la aparición, recientemente, de episodios violentos entre ellos. Vicisitudes que coinciden con la iniciación de su vida sexual, la cual ha venido caracterizándose por encuentros en donde el hecho de sentirse sometida cada vez es más frecuente.

Recientemente, en base al trabajo analítico que se ha venido desplegando, la paciente empieza a enlazar su dinámica vincular a la dinámica vivida entre sus padres, situación sobre la cual, con mucha dificultad, han girado las últimas sesiones.

El material que, últimamente, ha surgido respecto a su madre, la unión de su padre a su nueva pareja, así como la relación con su novio, es lo que ocupa, hoy día, sus sesiones de análisis.

Se diagnostica como una estructura de personalidad neurótica con un trastorno de personalidad de orden histérico.

Se observa presente una identidad del yo, un juicio de realidad mantenido y uso de mecanismos de defensa avanzados.

2. ESTRUCTURA SUBJETIVA

La paciente en cuestión se desarrolló en un ambiente familiar conflictivo y violento, desde un inicio la unión de sus padres fue problemática pues su abuela materna no permitió que sus padres vivieran juntos a pesar de haberse casado y que su madre ya se encontrara embarazada de ella, sólo les fue posible vivir juntos después de que su abuela hubiese muerto.

Desde un inicio la convivencia entre sus padres fue muy difícil, la paciente cree que esto fue a consecuencia, en gran parte, del carácter tan difícil de su madre, desde el comienzo hubo maltrato físico entre sus padres, a pesar de esto su madre se embaraza por segunda ocasión dando como resultado el nacimiento de su hermano, un año menor que ella, el maltrato físico continúa entre sus padres y viene agregarse también la agresión física de su madre hacia ella y su hermano, finalmente cuando ella cumple siete años sus padres se separan.

De los siete a los ocho años la paciente permaneció viviendo al lado de su madre, quien abrió un expendio de bebidas alcohólicas en el lugar en donde vivían, esto dio como resultado que su hogar se viera invadido de muchachos que acudían a comprar cerveza y quienes posteriormente entablaban relaciones románticas con su madre, la paciente tiene dificultad para recordar esta parte de su infancia y sólo expresa escenas y/o vivencias aisladas acerca de la misma, como por ejemplo el haber presenciado que estos invitados de su mamá sostuviesen relaciones sexuales entre ellos, ella aclara enfáticamente no creer haber visto a su mamá con ellos sino a otras mujeres que también asistían a su casa.

Este periodo fue muy difícil para la paciente pues la violencia de su madre hacia ella se recrudeció, lo cual la lleva, cuando cumple ocho años, a ya no soportar más la situación, lo que la motiva a pedirle a su padre se la lleve a vivir con él, el padre accede y se la lleva a vivir a casa de su abuela paterna que es donde él se encontraba viviendo desde su separación.

Este nuevo hogar le permitió vivir buenos momentos ya que al menos ya no era víctima de agresiones físicas como cuando vivía con su madre, sin embargo en el lapso en que vivió ahí, de los ocho a los doce años, tuvo dificultades con su abuela y algunas de sus tías, por lo que en una ocasión se va a vivir por un periodo breve con una hermana de su papá, homosexual ésta última y quien vivía con su pareja, ahí vivió alrededor de ocho meses los cuales, según en palabras de la paciente, parecen haber sido los mejores pues la cuidaban mucho, la apoyaban con las tareas, cuidaban de su alimentación, estaban al pendiente de que no le faltara nada, sin embargo regresa a casa de su abuela, no sabe explicar porque, aunque supone que haya sido por que la tía con la que había discutido se había ido ya de ahí.

Los problemas y discusiones entre ella y su abuela continúan dándose a su regreso, razón por la cual decide proponerle a su papá cambiarse de ahí y rentar una casa en donde pudieran vivir los dos, su padre accede no sin cierta renuencia, pues comenta la paciente que esto de rentar siempre se le ha hecho a su padre como tirar el dinero, sin embargo ante la insistencia de la paciente el padre consiente en irse de casa de sus abuelos y rentar una casa, misma en que vivían cuando la paciente llegó a análisis. En este nuevo hogar viven alrededor de diez años hasta que su padre comienza una relación romántica que dura más de tres años, mismos que le fueron ocultados a la paciente hasta que hubo necesidad de comentárselo cuando empezó haber planes entre su papá y su nueva pareja de irse a vivir juntos. La paciente es invitada a vivir al lado de su padre y su nueva pareja, al igual que dos de las hijas de ésta última.

En este nuevo hogar la paciente dura viviendo alrededor de seis meses, cuando se ve orillada a buscar donde vivir pues la relación entre ella y la pareja de su papá se hizo insoportable.

Actualmente vive en casa de una tía, hermana de su papá y una prima, lugar en donde lleva viviendo alrededor de dos meses, sin embargo los conflictos han empezado a surgir por lo cual parece inminente el que la paciente necesite buscar, nuevamente, un lugar para vivir.

Dentro de la historia familiar de la paciente se logran destacar ciertas figuras significativas, a mi juicio siendo tres de ellas las más importantes, las razones por las cuales las considero las más reveladoras se irán desplegando por sí solas al irles exponiendo las características de personalidad así como los tipos de vinculación entre las mismas.

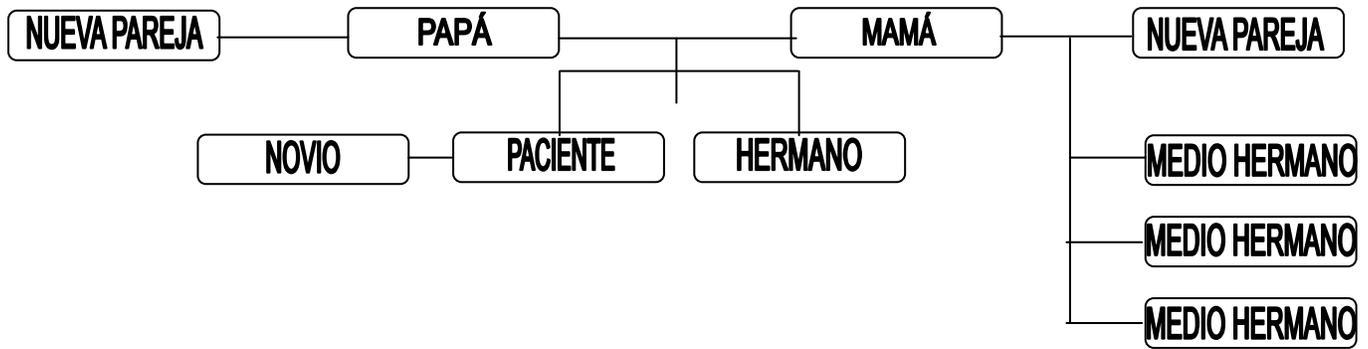


Fig. 1 Mapa genealógico

LA MADRE.

La madre de la paciente se distingue por ser una mujer violenta que no ha podido formar una relación de pareja estable y que se embaraza cuando ve cercana la disolución de una relación. Una madre que no encuentra gran dificultad para relacionarse con sus hijos varones pero que cuando se trata de su hija pareciera que el único vínculo viable fuese el matizado por la violencia y la agresión.

Cuando se separa del padre de la paciente, se involucra con un joven quince años menor que ella con quien ha estado viviendo de manera intermitente los últimos quince años y con quien procreo tres hijos varones más.

Pareciera últimamente, que el hecho de que la paciente se haya convertido en una mujer adulta ha posibilitado una mejor relación entre ambas, al menos ya no violenta, pero que se caracteriza por su peculiaridad, ya que pareciera que la paciente es tomada como una “amiga” a quien hacerle confidencias de todo tipo, incluyendo anécdotas y vivencias sexuales.

EL PADRE.

El padre de la paciente ha sido un padre permisivo y laxo, siempre accediendo a las exigencias que su hija le demanda. Por mucho tiempo él siguió esperanzado a que la relación con su ex esposa pudiera reanudarse, a pesar de que ella se hubiese empatao ya en una nueva relación y hubiese procreado tres nuevos hijos. Según palabras de la paciente: “*él es un padre que se pasa de bueno*” pues llegó incluso a solventar los gastos de la maternidad de los hijos que su ex esposa iba teniendo con otro hombre, siempre resguardado por la idea de que en ese momento la nueva pareja de su ex esposa se desentendía de sus responsabilidades y la abandonaba en el momento que ella más lo necesitaba. Por largo tiempo llega a mantener a la nueva familia de su ex esposa a petición de esta última, hasta que su economía ya no se lo permite.

Aparentemente, no llega ni siquiera a intentar formar ninguna nueva relación durante todo este tiempo, hasta hace apenas alrededor de tres años cuando conoce a su actual pareja, relación que de común acuerdo ocultan debido a dos situaciones, la primera porque ella se encontraba en un proceso de divorcio y la segunda temiendo que tal noticia no fuera bien recibida por la paciente. Cuando se da el fallo del divorcio ambos empiezan a planear vivir juntos y es cuando se hace necesario dar a conocer su relación, noticia que no fue del agrado de la paciente pero que inevitablemente tuvo que aceptar.

La paciente se empieza a relacionar con esta nueva mujer, proceso durante el cual provee de mucho material a sus sesiones de análisis al empezar a plantearse una nueva imagen, no sólo materna, sino también de lo que significa e implica ser una mujer, muy contrastante a la única que como concepto había rondado siempre en su cabeza, la cual era la imagen de su propia madre. Durante un breve tiempo empieza a valorar el trato, que tanto su padre como ella misma empiezan

a recibir de esta nueva mujer, situación que sólo estuvo presente cuando no vivían juntas. Al momento de mudarse y empezar a convivir todo este agradecimiento y admiración que llevo a sentir por ella se desmorona y empiezan a surgir los conflictos entre ellas.

Uno de los vínculos que han influido radicalmente en la vida de la paciente, desde luego, ha sido el establecido entre sus padres, relación caracterizada desde el principio de la misma por ser violenta y agresiva, agresión siempre generada en primera instancia por la madre de la paciente y ante la cual el padre sólo se ve orillado a responder tratando primero de ser conciliador, tolerante y ecuánime pero al final ante el fracaso de sus intentos por pacificar la situación, termina atrapado dentro de la misma dinámica neurótica, constantemente tratando de contener por la fuerza el enojo que la madre de sus hijos dirige contra él. Al paso del tiempo y gracias a la distancia impuesta entre ellos dos, su vínculo se ha ido volviendo más armónico y menos agresivo.

EL NOVIO

La paciente, después de un tiempo de trabajo analítico, empieza a mencionar su dificultad para relacionarse románticamente, alrededor de los primeros seis meses de análisis, conoce al que hoy es su actual novio e inicia una relación, misma que ha estado plagada de muchas dificultades, a excepción de los dos primeros meses, en donde parecía perfilarse la relación a ser un vínculo gratificante y placentero, pareciera que el hecho de haber iniciado su vida sexual con él hubiese disparado lo neurótico de la relación.

El novio de la paciente es un joven de la misma edad que ella, estudiante de una carrera profesional en una Universidad particular, estudios que solventa él mismo trabajando como almacenista en una empresa de la localidad. El vive aún con sus padres, en cuya trama familiar

habría que destacar la violencia en la cual esta familia también está capturada y que llamativamente ambos, tanto la paciente como su novio, tienden a repetir en su propia relación.

ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

La trama edípica de la paciente es vivida, por un lado a través de una madre incapaz de atender las necesidades, tanto físicas como emocionales de la paciente, una madre que no quiso, no pudo o no supo hacerse cargo de ella, y con quien sólo pudo establecer un lazo agresivo y violento como forma de vinculación.

Con la madre, y con las figuras que en algún momento representen para la paciente un lazo similar, predomina una relación de rivalidad, envidia y competencia inconsciente, matizada por la ambivalencia, ante la imposibilidad de identificarse con ella.

Por otro lado, la figura escindida de un padre aparentemente capaz y potente a la vez que denigrado y devaluado, un padre que no pudo alzar su voz para defenderse ni defenderla, un padre que se coloca dentro de la trama de tal forma que aparece como un padre seducido más que protector o defensor ante la llamada de auxilio de su hija.

Actualmente la paciente repite y reproduce esta dinámica edípica en sus distintas relaciones, de tal modo que demanda todo del otro en donde invariablemente, sea como fuere que conteste el otro a esta demanda, siempre termina siendo devaluado y denigrado por ella.

3. CONSTRUCCIÓN DEL CASO

En esta sección lo que se plantea es reseñar las intervenciones clínicas y la evolución del tratamiento con el objetivo de ofrecer al lector un panorama general de los distintos momentos que

ha atravesado el proceso terapéutico, hacer una descripción de la problemática trabajada y exponer los cambios que la intervención analítica han posibilitado en la paciente.

La premisa básica de la presente investigación radica en el tipo de vínculo que una paciente histérica utiliza para relacionarse, partiendo precisamente de que la histeria es un estado patológico en donde las vinculaciones afectivas están siempre matizadas por la dualidad dependencia/control con el único fin, desde el lado del histérica, de permanecer en el ámbito de la insatisfacción para resguardarse del riesgo de experimentar la satisfacción, el goce máximo, estado que el histérico percibe como amenazante y aniquilante (Nasio,2008), pues de otro modo se vería confrontada con su falta lo cual le generaría un cumulo de angustia imposible de tolerar.

La dualidad dependencia/control es una dinámica vincular de la cual no puede sustraerse la histérica, sin que en el intento por hacerlo no tenga invariablemente que confrontarse con su falta, asumir su castración, lo que le posibilitaría poder acceder a algo diferente, a una historia diferente, a relaciones más sanas, a poder disfrutar de estas relaciones sin tener que padecerlas, sin embargo la angustia que ello le provoca la obliga a quedar atrapada en esta forma de vinculación.

Tales aseveraciones teóricas me permiten plantear el caso desde las siguientes categorías capitales:

1. “ELRETRATO DE LA HISTÉRICA”.

¿Cómo sería el fantasma histérico?, si pudiéramos captar en una imagen lo que sería el retrato de una histérica, ¿cuál sería la escena que quedaría plasmada en el papel? Antaño se hubiese pensado sin lugar a dudas en aquellas imágenes difundidas de la histérica en pleno estado conversivo, sin embargo, la histérica de nuestros días difiere mucho de esa imagen grotesca, pero entonces ¿cuál sería la imagen del cuadro clínico de la histeria actual?

La imagen del cuadro clínico de la histérica tiene que ver con un ser lastimoso, un ser de renuncia, un ser para el Otro.

SESIÓN 54. 20/04/2010

PACIENTE: ...una ocasión, cuando estaba chica y peleando con mi hermano, lo descalabre, aunque no recuerdo nada, no recuerdo haber visto nada, ni sangre, pero yo reflexiono en eso y pienso que si mi mamá por menos de eso agarraba de aventarnos sillas y lo que encontrara, me acuerdo que mi hermano y yo teníamos que correr a cubrirnos porque agarraba lo que fuera para aventárnoslo, a veces no sé si fue así, es que no me acuerdo muy bien, así me recuerdo, agachada en un rincón tratando de protegerme de las cosas que mi mamá me aventaba, era, es muy agresiva, pues ya te dije, por eso no vivo con ella, la verdad no me acuerdo de mucho, ya no sé si lo que recuerdo es porque así pasó o me lo contaron.

“Al escuchar un paciente histérico... imaginémoslo como un chiquillo asustado, acurrucado en un rincón de la habitación, los ojos abiertos de par en par y protegiéndose la cabeza con las manos como para atajar la violencia de un eventual castigo.” (Nasio, 2008, pp. 79-80).

Resulta impresionante el relato de la paciente contrastado con la teoría de la histeria, no hay forma más transparente de percibir el fantasma histérico, que apunta al hecho de quedar sometido y ofrecido al deseo del otro, un mártir desdichado e infatigablemente insatisfecho (Nasio 2008).

La imagen de la paciente que nos trasmite este extracto de viñeta nos da la bienvenida a lo que son sus relaciones, a la forma en cómo se vincula, así la veremos en el transcurso de esta exposición, como aquella víctima que tiene que padecer las injusticias que le depara la vida, como si fuera la

única forma de poder acceder a un trozo de felicidad, así, siempre agachada, tratando de, paradójicamente, protegerse de vivir la vida, de disfrutarla y de gozarla, resguardándose constantemente de poder vivir relaciones plenas, amorosas y gratificantes.

2. “ UN PADRE TAL, COMO JAMÁS EXISTIÓ”

La génesis de la histeria se ubica en la relación que la histérica tiene con su padre, con un padre que por más que se afana no logra satisfacer la demanda de su hija quien en su búsqueda por ser “Una Mujer” erra el camino para quedar atrapada intentando ser sólo “La Mujer”, nuevamente reducida a ser el objeto que colme la falta del padre.

Toda la economía en términos emocionales de la histérica, se agota y caduca en la puesta a prueba de la potencia paterna, en esta incesante búsqueda de por un lado, la atribución fálica que le provea de un signo de feminidad y por otro, mantener y padecer el lastimoso estado de la insatisfacción. En la búsqueda de un padre como jamás existió (Dör, 2000).

SESIÓN 85.20/09/10

PACIENTE: Me peleé con mi papá, fue porque él piensa que no ayudo en la casa. El viernes estuve todo el día en mi casa haciendo aseo, pero ahí despacito, tenía la computadora encendida cuando mi papá llegó, se enojo mucho y me dijo que la computadora no me la había comprado para chatear, yo me fui luego luego para mi cuarto por que me dio miedo que me la fuera a descomponer, sólo le puse un mensaje a mi novio de que ya me tenía que desconectar porque estaba teniendo un problema con mi papá, pero me desespera que mi novio empiece a cuestionarme, desafortunadamente no logré apagar la computadora a tiempo, mi papá entró al cuarto y me ordenó que no

agarrara nada, que no tocara nada, que no teclara nada, cuando vio la ventana abierta con la conversación de mi novio se puso muy mal, me empezó a reclamar que si yo le quería ver la cara, que sí estaba chateando y además con él, con mi novio, que ya me había dicho que no lo aprobaba. Me empezó a reclamar que no atendiera a los perros, que estaban todos sucios...me da sentimiento que mi papá nada más hable a lo pendejo, un día antes atendí a los perros y él me dijo que ya no perdiera tiempo con eso, yo le contesté: “pues quien chingados te entiende”.

TERAPEUTA: ¿Qué piensas de lo que dice tu papá acerca de que no ayudas?

PACIENTE: reconozco que a veces no hago cosas en la casa, me he puesto a pensar porqué y creo que tiene que ver con las cosas que mi papá tampoco asume, yo pienso que mi papá quiere encontrar la casa recogida y con comida preparada pero yo no lo hago porque él tampoco hace lo que le toca

TERAPEUTA: ¿y qué es lo que le toca?

PACIENTE: surtir la despensa...que vea por mí

TERAPEUTA: ¿Qué vea por ti cómo?

PACIENTE: nunca me ha dado un hogar, yo pienso que ahora que está con su pareja debían de casarse y así tal vez él obtendría lo que quiere y las cosas en la casa estarían más tranquilas, habría una mujer que se ocupara de esas cosas.

TERAPEUTA: ¿nunca te ha dado un hogar?, si mal no recuerdo fue él el que te llevo a vivir a casa de tus abuelos cuando le pediste que lo hiciera a causa de que la convivencia

con tu mamá era insostenible y el que cuatro años más tarde rento una casa para que vivieran juntos y ya no tuvieras conflictos con tus abuelos.

PACIENTE: si, ha hecho mucho por mí, también lo veo, no crea que no...(silencio prolongado)...antes me enojaba mucho con mi papá porque yo llegaba a las 10:30 p.m. abría el refrigerador para ver qué podría prepararme de cenar y no había nada, me daba mucho coraje con mi papá, que me descuidara así, porque a esa hora no encuentro tienda abierta, ahora veo que mi papá la pasa igual, tampoco encuentra qué agarrar, se va sin comer, llega al quehacer de la casa, creo que los dos nos falta algo (se ríe), a él una esposa y a mi una mamá.

TERAPEUTA: Bueno, hoy él tiene a su pareja y tú siempre has tenido a tu mamá como sea que haya sido.

PACIENTE: La pareja de mi papá ha sido algo muy bueno para él...a veces he pensado ¿por qué no nos hemos podido poner de acuerdo?, ¿por qué ha sido tan difícil para mi papá hacerla de mamá?, yo hubiese podido dedicarme a él, hacerla de esposa atendándolo...

TERAPEUTA: ¿atendándolo, cómo?

PACIENTE: teniéndole listas las cosas, lavándole la ropa, cocinándole

TERAPEUTA: si, pero habría un papel que no podrías llenar para él

PACIENTE: ¿cuál?

TERAPEUTA: el de ser su mujer

PACIENTE: (se ríe) ah! Pues claro...pero lo que digo es que yo si hubiese podido atenderlo pero si no lo hice es porque él nunca me atendió a mí, bueno, si me dio estudios con muchas dificultades pero nunca me dio todo lo que necesitaba, todo lo que mis amigas si tenían, es como ahora que me estoy graduando y resulta que me dice que hasta aquí llego él, que ahora que egrese me busque un trabajo para que yo solvente económicamente lo de mi título porque él no lo puede hacer ya

La demanda de la histérica radica en la búsqueda de su feminidad, ese estado de insatisfacción perene tiene que ver con la no respuesta ante esa búsqueda, la histérica se dirige al padre pensando que él podrá proporcionarle lo necesario para asentar su feminidad sin embargo no encuentra respuesta en él porque simplemente éste no la tiene, es esto lo que provoca el que el vínculo entre la histérica y su padre sea caracterizado por la dualidad dependencia/ control como la forma de obturar la falta del padre y la suya propia.

Por un lado depende de él al adherirse a su deseo, entregándose sacrificialmente a él, la paciente relata en su discurso: “*yo hubiese podido dedicarme a él, hacerla de esposa atendiéndolo...*” lo que no puede más que interpretarse como el afán por reivindicarlo como potente y viril, es decir, sin falta, porque reconocerlo en falta la llevaría a reconocer su propia castración por un lado y a darse cuenta además de que esto no la provee del significante que busca, aquel que le entregue lo necesario para inscribir su identidad femenina, es entonces que termina devaluándolo, vituperándolo y controlándolo como respuesta ante la angustia que esto le provoca.

3. “SOY COMO ELLA”

Siguiendo la línea teórica de la categoría anterior en la cual la demanda de la histérica apuntaba a resolver el enigma de cómo obtener un signo que la haga mujer, es que dirige de igual modo la

interrogante ahora hacia su madre, tratando de identificarse con ella con el propósito de alcanzar una identidad femenina, sin embargo al hacerlo tropieza de nuevo con la falta, ahora la de su madre y ulteriormente la de ella misma.

Es así como el vínculo entre la histérica y su madre se ve matizado por el odio, la rivalidad y los celos, culpándola por no haberle dado el equipamiento necesario, el haberla hecho *no toda*, privándola de una identidad sexual que le permitiera sostener una relación amorosa gratificante y placentera.

SESIÓN 91. 14/10/10

PACIENTE: le reclame a mi papá que no hay nada para comer, que el refrigerador está vacío, y él me dice que no tiene dinero, y luego me dice que porque no voy ocasionalmente a comer a casa de mi mamá, que pendejadas se le ocurren

TERAPEUTA: ¿por qué te parece tan mala idea?

PACIENTE: pues porque parece que no se da cuenta de que mi mamá no tiene dinero, que tiene cuatro bocas que alimentar, como se le ocurre que además voy a caerle yo también, me desespera que mi papá abra la boca sin pensar

TERAPEUTA: ¿Por qué crees que tu papá te dice que intentes ir a comer a casa de tu mamá?

PACIENTE: Pues para no batallar, más que no batallar pues porque no tiene dinero, bueno, tiene pero no le alcanza.

TERAPEUTA: Pues sí, parece que tu papá se ha hecho cargo de los dos, de tu hermano y de ti, pero parece que tu mamá nunca se ha ocupado de ti

PACIENTE: Pero es que yo creo que mamá no puede, pues es sólo ella y es mi hermano mayor y mis tres hermanitos.

TERAPEUTA: Si, lo que trato de señalarte, va más allá del dinero

PACIENTE: (silencio prolongado) desde que me fui a vivir con mi abuelita...mi mamá nunca se preocupó por mí, por hablarme, por ver cómo estaba, qué necesitaba...recién estuve hablando con mi novio de estas cosas, nunca le había dicho a nadie estas cosas.

TERAPEUTA: Así es, ni siquiera has hablado de eso aquí, en tu sesión.

PACIENTE: (se ríe) si, ya sé, es que me cuesta mucho hablar de ello.

TERAPEUTA: ¿De qué?

PACIENTE: De que si esas cosas que viví con ella me afectaron, o qué tanto me afectaron...cosas muy difíciles que no sé porque no he contado aquí, es que he pensado que enojada no tengo límites, recordaba a mi mamá cuando nos regañaba en la calle o cuando peleaba con mi papá y mi papá le decía que bajara la voz, que la iban a oír los vecinos, y ella peor gritaba, así me vi cuando estábamos bañando a los perros o cuando estaba con mi novio afuera del cine peleando...me identifico mucho con mi mamá en eso, no me agrada pero sé que tengo el mismo carácter que ella...cuando estoy enojada sigo y sigo y sigo hasta llevar a la otra persona a explotar...me hace recordar cuando mis papás peleaban, así era, mi mamá no paraba...se le iba encima a mi papá, era ella quien siempre iniciaba la agresión física, cuando yo peleaba con mi papá o ahora que peleo con mi

novio así me veo, como ella, así soy, no soy yo quien inicia una agresión física pero creo que hago algo para, como te digo, llevarlos a explotar...temo quedarme sola por eso.

TERAPEUTA: ¿y tendrías que repetir la misma historia?

PACIENTE: pues espero que no, pero la otra vez platicábamos mis tías y yo y comentaban ellas que así había pasado con todas las mujeres de la familia que no habían encontrado un hombre con quien estar, que siempre pasaba que las golpeaban, o las engañaban o se habían quedado solas porque se habían tenido que divorciar, espero que no me pase igual, por eso estoy aquí

TERAPEUTA: así es, pero es por eso que es importante revisar estas cosas de las que te has limitado hablar

De acuerdo a André (2002, pp.191-192):

“La falta de la madre, respecto a su hija, debes ser tomada como una doble falta: falta del significante de una identidad femenina por una parte, y falta del falo por la otra.

Tal redoblamiento de la falta del Otro no puede ser experimentado por la niña sino como un verdadero prejuicio que da a su complejo de castración su connotación de violenta hostilidad con respecto a la madre”

Ante la perspectiva que lleva a la paciente a creer que al igual que a su madre, le será negada la posibilidad de acceder a una relación de pareja armónica a razón de que ésta última no le transmitió ningún *saber-hacer* con la feminidad, es que pareciera que la hostilidad fuera el único matiz posible en el vínculo entre la paciente y su madre.

Cuando la paciente en su discurso menciona: *“pues porque parece que no se da cuenta (el padre) de que mi mamá no tiene dinero”* analíticamente uno no puede más que escuchar que a lo que se hace referencia inconscientemente es al falo, la madre no tiene lo que la paciente necesita, su madre no tiene la llave que le permita acceder a una relación gratificante y placentera, si ni la madre misma ha podido acceder a ello cómo podría ofrecerle algo en este sentido, cómo poder identificarse con ella sin que al hacerlo quede marcado su destino, ser una mujer abandonada, engañada y divorciada como lo es su madre y todas las mujeres de su historia.

Ante esto la paciente se dirige entonces al padre, pero se da cuenta de que lo que él tiene no le alcanza, en su discurso menciona: (refiriéndose al padre) *“no tiene dinero, bueno, tiene pero no le alcanza”*, situación que la deja atrapada en esa dinámica vincular de dependencia/control.

Ante la incapacidad de asumir su falta queda perenemente en espera, dependiendo de lo que el otro le pueda dar, sin embargo al darse cuenta de que eso que espera jamás llegara se ve orillada a recurrir al control como forma de defensa ante la angustia que le provoca enfrentarse a su propia castración.

4. “LA BÚSQUEDA DEL PADRE COMPLETO.”

Colette Soler (2006) nos dice que la feminidad procede de la castración, misma que provoca que la mujer se dirija hacia el amor de un hombre.

En el caso de la histérica el objetivo será el de encontrar, en el objeto de su elección, a ese padre potente y viril que jamás existió, con quien buscará ser el objeto que sustente el deseo y el amor y de quien además esperará recibir lo que no recibió de la madre, el falo, con esto la histérica confía en constituirse en el falo para su partenaire con el único fin de seguirse negando a admitir su falta.

SESIÓN 217. 8/01/2012

PACIENTE: discutí con mi novio, ¿se acuerda que le dije lo del hotel?, pues sigo esperando, antes era porque no tenía auto, ahora es porque no tiene dinero, le he preguntado que si hay alguien más, porque simplemente no entiendo como es que no pueda reservar algo de dinero para llevarme al hotel, nadie lo creería, yo creo que cualquier hombre estaría más que puesto para llevarme, no entiendo como él no, es por eso que le pregunté si había otra, me dice que no, en ese momento aun estábamos platicando bien, le pregunté si alguna vez se había fijado en alguien, si alguna vez le había gustado alguien estando conmigo, alguien que fuera por ejemplo de la calle, alguien que fuera pasando, él se saca de onda con estas preguntas, me dice que no sabe, eso me hace enojar, cómo no va a saber, total que según él de tanto que le insisto es que recuerda de repente pues que si, que ha habido veces que llega a ver a alguien en el autobús que le puede parecer que esta guapa, entonces le pregunté que qué era lo que le había parecido bien de esa persona, que qué era lo que le había gustado, es ahí cuando ya se empezó a molestar y me dice que no me entiende, que no sabe porqué le preguntó eso.

TERAPEUTA: Y... ¿qué buscas preguntándole eso?

PACIENTE: quiero saber qué no tengo yo que pudiera hacer que se fuera con alguien más, quiero saber si algo que pudiera llamarle la atención de alguien pudiera yo tratar de tenerlo, se que habrá cosas que no pudiera ser o tener, pero las que si pueda darle se las voy a dar con tal de que se quede a mi lado, no soportaría que me dejara por alguien más, no soportaría que me engañara con alguien

TERAPEUTA: ¿no soportarías que te engañara como tú lo engañaste?

PACIENTE: ya sé, me lo he preguntado muchas veces, cómo fue que pude haberle hecho el sancho... (silencio prolongado)...si yo tuviera la oportunidad de empezar una relación con alguien de dinero, no importa que estuviera en ese momento con pareja, o si estuviera o no enamorada, yo no dejaría escapar la oportunidad, quisiera tanto encontrar a alguien que pudiera ofrecerme todo lo que no he tenido, siempre he soñado con andar en un buen auto, andar de compras, ir a buenos restaurantes, estar con alguien que me diera una vida cómoda, digo, mi novio es muy bueno pero no tiene una posición desahogada, batalla con el dinero, no tiene auto...cuando salimos a veces pongo dinero yo, poco, que si para el taxi o para las palomitas, pero pues sí me gustaría tener a alguien que se hiciera cargo de todo...yo le he comentado a mi novio que yo aspiro a no tener que trabajar tanto, porque no me gustaría descuidar a la familia por andar trabajando pero que sí querría vivir una vida desahogada, cómoda, que me mantuvieran, tener una casa grande, carro, alguien que me ayudara en la casa y si la casa tiene alberca mejor (se ríe), lo que quiero es ser rica, ¿verdad?, él se puso muy serio y me dijo: “nunca me vayas a dejar”, yo le pregunté porque decía eso, y me dice que él piensa que jamás me va a poder dar una vida así...me dio un poco de coraje que me dijera que lo que pido es algo que nunca me va a poder dar, se me hizo como que muy mediocre, ya sé que lo que pido es algo perfecto y que lo perfecto no existe.

TERAPEUTA: exacto, tu novio cree poder darte lo que existe, no lo que no existe

PACIENTE: no lo había pensado así, yo le digo que yo sé que es amor o es dinero, que sé que tengo que elegir, total que no sé si fue por esta plática pero él se molestó, me empezó a tratar mal, como las otras veces que le hablo y no me contesta pero tampoco permite que

me retire de ahí, me jalonea, me agarra y no me suelta y cuando le dije que me estaba lastimando me dijo que yo lo había lastimado más

TERAPEUTA: ¿te recuerda esta escena algo?

PACIENTE: sí, a mis papas cuando peleaban, ya lo sé pero no sé porque vuelvo y vuelvo a hacer estas cosas, pero no soy sólo yo, él también se porta agresivo conmigo

TERAPEUTA: nada justifica una agresión, nada justifica que te jaloneen o que te lastimen, pero me pregunto ¿cuál es tu participación en todo esto?

PACIENTE: lo sé, pero no sé como evitarlo

Confirmamos una vez más como en la dinámica de la histeria no deja de estar presente una demanda de amor sin respuesta, sin respuesta en el sentido siempre de la insatisfacción, misma que parece ser siempre considerada como requisito indispensable para el amor, el cual seguirá siendo el modo más seguro de compensar al Otro (André, S. 2002).

La paciente en el vínculo con su novio repite su dinámica edípica, en donde demanda todo de él y en donde él, conteste como conteste a esa demanda, siempre quedará colocado por la paciente como un ser devaluado, lógica que conduce a ambos a una vinculación matizada por la violencia.

Nuevamente vuelve a estar en juego dentro del discurso de la paciente aquello que se tiene o que no se tiene y quién es quién lo tiene, en el discurso manifiesto se habla de dinero o de amor sin embargo el contenido latente apunta nuevamente en el sentido de la castración, quién tiene el falo y quién no y aquél que lo tiene cómo es que lo tiene, de nuevo en esta relación como en todas las relaciones en las que se involucra la histérica se juega la dualidad dependencia/control reiteradamente apuntando al hecho de esperar todo del otro y ante la realidad de enfrentarse ante la

imposibilidad de la cuestión es que la histérica vuelve a desplegar su control sobre ese otro que la traiciona y defrauda.

5. “UNA ARPÍA EN EL DIVÁN”

En el recorrido que se ha hecho por el andar de esta paciente en su análisis a través de los extractos de viñetas que les he presentado no puede menos que percibirse de manera constante la adhesión de la paciente a la opinión de su analista, no la cuestiona, no la interroga, no le discute ni le debate, muy por el contrario, suele aceptar los señalamientos y/o interpretaciones de manera tal que no puede dejar de apreciarse el modo depresivo con el cual abriga cada una de las confrontaciones que se le hacen, esto obedece al hecho de que es mucho más tranquilizante para ella decirse mala o arpía que confrontarse con su deseo y por ende con su falta.

SESIÓN 230. 16/04/2012

PACIENTE: ...Si, ya sé que estoy mal, soy una persona muy mala, le hago este tipo de cosas a mi novio, creo yo que, por poner a prueba su amor, no se porqué necesito hacer esas cosas, me pasa también con mi papá.

TERAPEUTA: me parece que en lugar de etiquetarte como mala persona sería más importante cuestionarte acerca de las motivaciones inconscientes que te llevan a hacer las cosas de determinada manera.

PACIENTE: no, si soy una mala persona, una buena persona no hace las cosas que hago, no se mete en los problemas que me meto, no causa conflictos, usted me lo decía y pasó, ahora estoy sola por mi culpa, perdí a un buen hombre y jamás volveré a encontrar a alguien igual.

TERAPEUTA: ojala pudieras vivir esta experiencia como una experiencia de aprendizaje, revisar lo que te motivó a actuar de tal o cual forma de tal manera que esto te permitiera poder hacer las cosas diferentes en tus relaciones, cualesquiera que ellas sean.

PACIENTE: ojala y si, pero por lo pronto ya lo perdí y lo perdí por mi culpa, no puedo con eso, no se que voy hacer sin él.

Interrogar a su analista respecto de los señalamientos que se le hacen abrirían la puerta a la posibilidad de señalarle, confrontarle e interpretarle el hecho de su posición de dependencia continua respecto al otro, lo cual llevaría su análisis infaliblemente por el lado de la castración, es por eso que magistralmente escapa de ese peligro posicionándose como malvada o arpía antes que permitir que aparezca un deseo diferente al deseo de la insatisfacción en escena.

Por otro lado, se puede inferir la profunda necesidad de la paciente por hacer que su analista reconozca su sufrimiento, además de que su analista tampoco escapa a la puesta a prueba de ese dar pruebas a la que son sometidos todas las figuras relevantes en la vida de una histérica, en este caso para comprobar el que su analista sea lo suficientemente permanente, coherente y honesta como para reconocer el sin fin de su deseo y su propia insuficiencia para satisfacerlo (Tizón, 2004).

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

La trascendencia de las categorías clínicas seleccionadas en la intervención clínica radica en que son las que describen puntualmente la estructuración edípica vivida por la paciente, eje rector de cualquier análisis, y el modo en que éste incide en las formas de vinculación utilizadas por ella en su vida diaria.

La paciente al inicio de su análisis se encontraba muy preocupada por el tipo de vinculación que sostenía con su padre, situación que paso a segundo plano cuando inició una relación amorosa que fue la heredera de estas desavenencias y que conforman hoy el material central de sus sesiones.

Al inicio del tratamiento y por largo tiempo, a pesar de los señalamientos, confrontaciones e interpretaciones que se le hacían, la paciente permaneció inmutable a considerar algún cambio en el tipo de vinculación que establecía, simplemente no podía percibir siquiera el modo en que se relacionaba, sin embargo recientemente a partir de la disolución de su relación amorosa, es que ha empezado a reflexionar y analizar las motivaciones inconscientes que la llevan a alimentar vínculos en donde el desenlace siempre tiende a ser el de obstaculizar la posibilidad de establecer relaciones gratificantes de cualquier tipo.

Al parecer la disolución de la relación con su novio ha permitido que la paciente finalmente pueda apreciar la dinámica que despliega al relacionarse, no sólo amorosamente sino también laboral, fraternal, amistosa y transferencialmente, sin embargo apenas empieza a revisar y recapacitar sobre las acciones que la han llevado a encontrarse en este momento sola.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES

Los elementos más significativos de la intervención clínica fueron aquellos en que tanto la confrontación como la interpretación aludían a la responsabilidad directa de la paciente con respecto a la dinámica de dependencia/control que suele establecer en su vida cotidiana, momentos que eran seguidos por episodios en donde la paciente se calificaba de “mala” con el único fin por un lado de no asumir la parte de responsabilidad que ella lleva en toda relación para que esta pueda ser gratificante y placentera, mientras que por otro lado, paradójicamente, ese posicionamiento le permite quedar colocada a los ojos de su analista como víctima de la situación que vive, circunstancia a la que inconscientemente la paciente recurre para nuevamente repetir la forma de vinculación que utiliza, en donde demanda y espera todo del otro, sustrayéndose a la parte que le toca asumir en cada relación, de tal manera que transferencialmente queda de nuevo a la espera de que su analista la rescate y cobije, controlando de este modo la relación analítica, control que, por cierto, no puede ser mas que interpretado como una forma de ataque inconsciente al encuadre analítico.

Una de las dificultades a las que se ha visto expuesto el trabajo analítico, en este caso en particular, han sido los pocos momentos en que la paciente ha permitido poder trabajar sobre la transferencia, situación que me parece esta relacionada con su imposibilidad para identificarse con la figura materna, ya que, sería de esperar que la relación analítica apuntara en algún momento dado, a la diada madre-hija, adicionalmente, es pertinente comentar que éste último argumento es otro de los tantos caminos que pudieran seguirse en una nueva línea de investigación.

La oportunidad que representó el abordar un caso a través de este tipo de investigación es invaluable, pues me permitió, no sólo plantearme una revisión pormenorizada del mismo, sino que

además me permitió lograr articular la teoría con la práctica clínica y no sólo eso sino que conjuntamente me facilitó el poder abordar los tratamientos de mis pacientes desde un lugar menos ortodoxo, lo cual me ha permitido centrar el tratamiento de mis pacientes en sus necesidades más que en la rigidez de sostener una constante teórica.

Finalmente, mi último comentario está dedicado a manifestar la huella que ha dejado en mí el cursar la maestría, en especial en esta institución, los conocimientos que me llevo son invaluable, creo firmemente que no habría habido mejor modo de alimentar mi formación como analista, mi crecimiento no sólo ha sido profesional y académico sino también personal pues es de destacarse la manera en que tanto profesores como supervisores lo acompañan a uno en su proceso formativo, va para todos ellos mi reconocimiento, mil gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- André, S. (2002). *¿qué quiere una mujer?* México: Siglo veintiuno editores.
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W.Jensen, y otras obras (1906-1908)*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras (1927-1931) Tomo XXI. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *El yo y el ello, y otras obras (1923-1925) Tomo XIX. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Estudio sobre la Histeria (1893-1895). Tomo II. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905) Tomo VII. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1989). *Los textos fundamentales del psicoanálisis*. México: Alianza Editorial.
- Freud, S. (2006). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936) Tomo XXII. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). *Primeras Publicaciones Psicoanalíticas (1893-1899). Tomo III. Obras Completas*. Argentina: Amorrortu.
- Landeira, S. (2002). *La utilización del Genograma y el Esquema Diacrónico en la organización de los datos recogidos en la entrevista a padres*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Mejía, J. (2004). Sobre la Investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8: p.277.
- Muñiz, M. y Vanegas, G. (2011). Manual de Anteproyecto. Estudio de Caso. Monterrey: Facultad de Psicología UANL.
- Nasio, J. D. (2008). *El dolor de la histeria*. Argentina: Paidós.
- Pontalis, L. y. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

Soler, C. (2006). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Argentina: Paidós.

Tizón, J.L. (2004a). La historia como organización o estructura relacional desde la psicopatología psicoanalítica (I). *Intersubjetivo*, 6 (1): 144-161.

Tizón, J.L. (2004a). La historia como organización o estructura relacional desde la psicopatología psicoanalítica (II). Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. *Intersubjetivo*, 6 (1): 162-175.