

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN  
CLÍNICA PSICOANALÍTICA

“HONRARÁS A TU PADRE Y A TU MADRE”  
Las vicisitudes del Superyo en un caso de Histeria

PRESENTA  
LIC. ELISA GARCÍA CORTEZ

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. GUILLERMO VANEGAS ARREMBIDE

MONTERREY, NUEVO LEÓN 2012

## AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento...

A mi esposo y compañero con quien comparto mi vida

A mis hijos que son la alegría de cada día

A mi papá que me llenó de fortaleza y cariño

A mi mamá que me abraza en todo momento

A mis hermanos siempre dispuestos

A mis cuñadas, cuñados y sobrinos

A mi analista que me acompaña

A mis maestros promotores de cuestionamientos

A mis pacientes por su confianza

A mis amigos por su apoyo y reconocimiento

¡GRACIAS!

## INDICE

Agradecimientos.....	2
<b>Capítulo 1</b> .....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	10
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Supuestos.....	14
Limitaciones y Delimitaciones.....	15
Justificación.....	17
<b>Capítulo 2</b> .....	18
Fundamentación Teórica.....	19
<b>Capítulo 3</b> .....	37
Modelos de Intervención y Procedimientos.....	38
Técnicas y Estrategias de Intervención.....	49

<b>Capítulo 4</b> .....	51
Historial Clínico.....	52
Estructura Subjetiva.....	63
Construcción del Caso.....	68
<b>Capítulo 5</b> .....	90
Conclusiones.....	91
<b>Bibliografía</b> .....	93

# CAPÍTULO 1

## RESUMEN

Mediante el estudio de caso psicoanalítico se pretenderá abordar la dinámica Edípica en la estructuración del superyó y su trascendencia en un caso de histeria femenina, así como la forma de relacionarse y vincularse afectivamente tanto en sus relaciones cotidianas como en sus relaciones de pareja.

Se partirá de los supuestos teóricos que plantean los mecanismos de introyección e identificación como elementos del núcleo del Superyo y éste a su vez en tanto heredero del complejo de Edipo determina la forma en que la paciente histérica establece sus relaciones amorosas y sus vínculos afectivos.

Se reseñarán las intervenciones clínicas a través de categorías narrativas con el objetivo de ofrecer al lector un panorama general del discurso de la paciente donde se muestran las circunstancias que rodearon dicha estructuración Edípica y la problemática abordada en el caso.

## INTRODUCCIÓN

La constitución escindida del sujeto psíquico y la explicación de la conducta como producto de un conflicto inconsciente son las premisas del modelo psicoanalítico en las cuales basaremos la realización del presente estudio de caso. La investigación es parte integral de nuestro quehacer, así como el poder teorizar los efectos que de la práctica clínica se desprenden.

Nos encontramos ante la presentación de un estudio de caso que nos permite dar cuenta del trabajo clínico realizado con una paciente de estructura histérica que al enfrentarse a una ruptura amorosa desencadena un proceso de duelo. Dicho desencuentro, la lleva a solicitar la ayuda psicoterapéutica por recomendación de una amiga. La separación desata en la paciente una serie de recuerdos relativos a su padre dejando el hogar, para ella esa anterior separación era considerada como una situación resuelta y olvidada, sin embargo ahora viene a su mente sin saber el por qué. La reactivación de los recuerdos infantiles muestra un enlace entre la actual ruptura y la anterior permitiendo la subjetividad del proceso y la demanda de análisis.

El valor de la temática abordada permite una revisión teórica respecto a la neurosis histérica, el complejo de Edipo y la estructuración del Superyo en un caso actual; además en el marco de la clínica psicoanalítica nos encontramos que es de suma importancia conocer y reconocer la estructura subjetiva del paciente y la influencia que ella tiene en la problemática actual.

El estudio de caso aquí presentado comprende cinco capítulos en los cuales se abordará, desde el marco teórico referencial, la técnica utilizada y la articulación de éstas con el material clínico.

El primer capítulo trata acerca del planteamiento inicial de la investigación, los antecedentes históricos del estudio de la estructura histérica, los objetivos propuestos, las limitaciones y delimitaciones del caso y los supuestos teóricos que lo sustentan.

El capítulo dos versa sobre el marco teórico referente a la estructuración subjetiva, el complejo de Edipo como centro o nudo de dicha estructura histérica y el Superyo como su heredero. Se incluyen algunas de las propuestas post-freudianas que arrojan luz sobre en qué se manifiesta y sostiene la insatisfacción en dicha estructura y la imposibilidad de vincularse de una forma más satisfactoria.

En el tercer capítulo nos referiremos a los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación utilizada, podremos encontrar la estrategia metodológica, la modalidad de presentación, el método de estudio, los instrumentos, las constantes técnicas de la investigación y tanto las herramientas activas como las variables instrumentales manejadas.

El cuarto capítulo contiene el estudio de caso en sí, se encuentra dividido en tres partes para su mejor comprensión. Primeramente, el historial Clínico donde se presentan los datos generales de la paciente (salvaguardando su identidad), un resumen general del caso, el motivo de consulta, la demanda de tratamiento, la sintomatología y la impresión diagnóstica. Después, la Estructura Subjetiva que comprende, el contexto familiar en el que se desarrollaba la paciente, la estructura Edípica, eventos traumáticos y el perfil subjetivo; todos ellos aspectos que fueron tomados en cuenta para poder establecer los objetivos y

supuestos que condujeron el estudio de caso. Finalmente, la construcción del Caso en el que por medio de cuatro categorías narrativas nos permite argumentar y articular los conceptos teóricos con la intervención clínica, mediante los fragmentos de viñetas del discurso del paciente.

El quinto y último capítulo aborda las Conclusiones donde se incluye un panorama general del desarrollo del caso y los efectos de la intervención.

Por el resto, la expectativa del siguiente estudio realizado pudiera servir de punto de partida para posteriores y más profundas teorizaciones de la práctica clínica.

## ANTECEDENTES

La palabra histeria ha sido conservada desde la antigüedad, los griegos hablaban de una afección histérica derivada de υστερα = histeria: el útero. Existía la creencia de que ciertos trastornos que afectaban principalmente a algunas mujeres se debían a que el útero emigraba en el cuerpo subiendo hasta el pecho y provocando palpitaciones, falta de aire y desmayos.

*“El útero fue considerado como un organismo vivo e independiente, podía migrar hacia la parte alta del cuerpo para buscar del calor que no recibía por la vía natural”* (Pérez Rincón, 2011).

La explicación causal que se daba a esta migración del órgano era de índole sexual genital, pensando que si la mujer se encontraba privada de relaciones sexuales, el útero podía secarse; por lo tanto, toda la serie de tratamientos propuestos en la época y que perduraron durante siglos, tenían como objetivo común, el regresar el útero a su lugar devolviéndole el calor que le faltaba o rehidratándolo de alguna manera.

Hipócrates compartió algunas de estas ideas, ya que dentro de sus estudios relacionados en algunos padecimientos de mujeres, él otorgaba dos causas distintas a las convulsiones sufridas por aquellas mujeres. Para algunos ataques, estaba convencido de que el órgano causante era el cerebro (epilepsias) y en las otras, tenía la creencia de que el órgano que las provocaba, era la matriz (afecciones histéricas). Para éstas últimas, recomendaba como tratamiento que las jóvenes se casaran y las viudas reincidieran.

Con la llegada del cristianismo se dio un nuevo enfoque alejado de la concepción naturalista donde resultaba escandaloso recurrir al ejercicio de la sexualidad como medio

terapéutico. Los síntomas somáticos eran atribuidos a un triunfo de las fuerzas del mal y a un alejamiento de la vida cristiana; de esta manera una buena parte, la histeria fue considerada como una posesión diabólica. (Pérez Rincón, 2011)

Entre 1862 y 1870 Charcot, médico francés asignado a la Salpêtrière haría una serie de descubrimientos que le harían “el emperador de la Salpêtrière”, en 1870 recibiría una carga suplementaria que lo convertirían en el “Napoleón de las neurosis” (Pérez Rincón, 2011)

Hasta entonces, los síntomas nerviosos que se conocían eran descritos de una forma desorganizada, Charcot se dio a la tarea de realizar una clasificación de múltiples cuadros que pudo observar de acuerdo a los síntomas. Sin embargo la histeria estuvo a punto de hacerle perder su gloria ganada como creador de la Neurología, ya que en 1872 se encontró con grupos de mujeres que sufren diferentes males, pacientes alienadas, histéricas y epilépticas. Las Pacientes histéricas, que habían ingresado por sus “crisis nerviosas”, por tener comportamientos inapropiados, caprichosas, síntomas vagos, etc.; al estar junto a pacientes epilépticas no tardaban en presentar la misma clase de convulsiones gracias al “mimetismo histérico”. Sin embargo Charcot, demostró que no era una lesión neurológica el mecanismo etiológico de las neurosis y llegó a la conclusión que debía estudiar todo lo que se había escrito sobre la histeria y que desconocía. Volvió a hacer una clasificación de las neurosis sobre los síntomas y se dio cuenta, de acuerdo a lo descrito por Pérez Rincón (2011) que todo lo que habían escrito los alienistas eran “tonterías”. Un medicamento nuevo, el Bromuro favoreció el diagnóstico diferencial entre las convulsiones histéricas de las convulsiones epilépticas.

En el invierno de 1885 Freud viaja a París donde completaría sus estudios y se encontraría con Charcot quien lo pondría en contacto con sus investigaciones sobre la histeria y

aprendería el método hipnótico como medio terapéutico. La influencia de Charcot será fundamental para estimularlo a separar lo psicológico de las ataduras de lo anatómico, siendo ésta una contribución a la historia del movimiento psicoanalítico.

Más tarde en 1893 Freud y Breuer publican un artículo titulado “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos” y en 1901 Freud escribe “sueños e histeria” sobre el caso de una joven llamada Ida Bauer a quien nombra “Dora”, pero posteriormente es publicado en 1905 como “Fragmento de análisis de un caso de Histeria” que arrojó luz sobre la etiología de las neurosis e importantes descubrimientos que influyeron en el proceso de la construcción del método psicoanalítico.

J. André (1999) dirá que así como conocemos la primera referencia del término de histeria en el Papyrus Kahun, también conocemos la última referencia, que consiste en el desvanecimiento que se ha producido desde que en 1952 la edición del *Mental Disorders Manual, El Manual Internacional de psiquiatría*, se suprimiera el término. La histeria ahora aparece como una entidad nosográfica específica, como enfermedad y solamente quedan algunas huellas del pasado (síndrome de conversión, personalidad múltiple...).

Si bien, en nuestros tiempos las manifestaciones sintomáticas de la histeria son distintas y se les ha nombrado de otra forma, llegan a las puertas de nuestro consultorio hombres y mujeres aquejados por este tipo de neurosis, existe el compromiso y la responsabilidad de las intervenciones que se realicen con el paciente que motiva nuestro interés por conocer y reconocer aquello que en algún momento fue nombrado como “el gran mal” y que dió origen a la construcción del psicoanálisis.

Durante 10 años posteriores a mi titulación de Licenciatura en Psicología, me he mantenido atendiendo pacientes siempre apoyándome de lectura, supervisión y análisis personal; sin embargo la responsabilidad que siento al realizar mi función y la recomendación de mis maestros me llevaron a buscar darle una estructura más sólida a mi formación por lo cual ingresé a estudiar la maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, los conocimientos que adquirí fueron reforzando cuestiones técnicas y teóricas que se han reflejado en la práctica que ya realizaba, además de ser una fuente estimulante para el análisis.

La elección del caso se basó en la conjunción de diversos factores, la histeria es una de las neurosis que se presentan con mucha frecuencia en la clínica y aunque ha sido una de las más estudiadas no deja de contener elementos interesantes y básicos para entender la estructuración subjetiva. En particular, la singularidad del caso despertó mi interés por los aspectos de la historia de la paciente que me parecieron fueron determinantes para la estructuración del Superyo y la influencia que éstos tenían en su actual sufrimiento a modo de repetición de las escenas infantiles supuestamente sepultadas pero que retornaban más vivas que nunca.

## OBJETIVO GENERAL

Analizar la trascendencia del Superyo en la estructuración subjetiva en un caso de histeria femenina.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la dinámica Edípica y la constitución del Superyo de una paciente histérica.

Analizar las relaciones de pareja a la luz del complejo de Edipo de una paciente histérica.

## SUPUESTOS

El Superyo como heredero del complejo de Edipo determina la manera en que la paciente histérica establece sus relaciones de pareja y sus vínculos afectivos con su entorno.

La introyección y la identificación son elementos fundamentales del núcleo del Superyo.

## LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El presente estudio de caso parte del trabajo psicoterapéutico realizado con una paciente que cuenta con una estructura histérica y que acude a consulta tras sufrir una ruptura amorosa; el análisis del caso, nos permite reconocer la forma en que se dió la estructuración subjetiva, así como la forma en que la instancia del Superyo determinaba la manera de vincularse y procesar el duelo.

La paciente fue atendida dentro de las instalaciones de la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) de la facultad de Psicología por lo cual el trabajo fue realizado dentro del marco institucional. El primer contacto que la paciente tuvo con la institución fue a través del personal de pre-consulta quien se encarga de recabar la información básica, así como el motivo de consulta; su solicitud pasó a una lista de espera la cual se prolongó por 2 meses y posteriormente se le asignó un terapeuta con el cual se llevaron a cabo las entrevistas iniciales, el contrato y el tratamiento. Otro elemento que queda subrayado por el marco institucional, es entorno a la cuota que se asigna a los pacientes, pero fue algo que se pudo establecer por un acuerdo entre la paciente y el terapeuta, posteriormente fue revisada por el personal de trabajo social quien la consideró posible y adecuada.

En el tiempo en que la paciente acudió a su tratamiento, nos encontramos con la dificultad de que debido a que se encontraba haciendo su servicio social y estudiando inglés, solamente le era posible asistir a sesión una vez por semana, y después de nueve meses de tener esa frecuencia la paciente pudo aumentar a dos frecuencias semanales asistiendo por un total un total de trece meses.

Dentro de nuestro estudio de caso nos limitaremos al estudio los procesos de incorporación, introyección e identificación dieron lugar a la estructuración subjetiva del Superyo y que fueron determinantes en el complejo de Edipo de la paciente marcando la forma en que ella se colocaba frente a sus padres y así como la forma en que establecía sus relaciones de pareja.

Consideramos que la intervención terapéutica proporcionó en la paciente un espacio propicio para la escucha de su sufrimiento, el acompañamiento en el proceso de duelo y el descubrimiento de aspectos importantes de su subjetividad, como la identificación con la figura materna, y la repetición de escenas infantiles que determinaban en ella la imposibilidad de vincularse de forma menos parcial y satisfactoria.

## JUSTIFICACIÓN

Es importante poder ofrecer alternativas terapéuticas a pacientes que sufren de una neurosis histérica, una ruptura amorosa puede revivir aquellos duelos que quedaron en aparente estado de latencia y que se encuentran vinculados con la forma en que se vivió el complejo de Edipo a modo de repetición.

Considero que la paciente sería la más indicada en comentar los beneficios recibidos por el trabajo psicoterapéutico que realizamos en conjunto. Sin embargo, desde mi punto de vista, pienso que ambas coincidiríamos en que fui su compañera en “tiempos difíciles”, y que al dejarse acompañar por mí, descubrimos algunos aspectos de los anteriores pero \_tan presentes\_ de los “tiempos difíciles” de su infancia.

La importancia de dejar testimonio del trabajo terapéutico realizado y teorizado proporciona a futuros interesados en el tema un texto de consulta o de referencia que pudiera llevar a aclarar dudas e incluso a fomentarlas.

La aportación personal que recibo al trabajar y escribir un estudio de caso psicoanalítico, es el embarcarme en la aventura de echar un vistazo minucioso al trabajo clínico realizado, que pueda proporcionarme una crítica que me lleva a hacer un balance de los alcances y las limitaciones que se tuvieron en aquel momento. El llevar el trabajo clínico más allá de la intimidad del espacio de supervisión me enfrenta ante la mirada crítica de quien tenga el interés de leerlo, pero también me permite recibir una retroalimentación más amplia.

## CAPÍTULO 2

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Freud y Breuer, buscando la causa de los fenómenos histéricos, se dieron cuenta de un simple examen del paciente no basta para descubrir la causa de los síntomas; primeramente, por tratarse de sucesos que al paciente le desagrada recordar o porque el sujeto no recuerda lo buscado e incluso ni sospecha la conexión causal entre el proceso motivador y fenómeno patógeno (1893).

Se hipnotizaba al paciente y durante la hipnosis se buscaba despertar los recuerdos de la época en que el síntoma apareció por primera vez. Encontraron que existía un factor accidental y que este factor posee en la histeria un valor determinante. Se dieron cuenta de que en todos y cada uno de los ataques histéricos el paciente vive de nuevo por alucinación, aquel mismo proceso que provocó el primero que padecieron.

Consideraron, también, que los síntomas idiopáticos (o espontáneos), poseen con el trauma causal una conexión estrecha y que la causa de los fenómenos patógenos con frecuencia está en sucesos de la infancia. Cuando lograban despertar con plena luminosidad y detalle aquel primer recuerdo y este era acompañado del afecto correspondiente, los síntomas histéricos desaparecían y sin retornar; es aquí donde Freud afirma que al cesar la causa cesa el efecto y que los histéricos sufren de reminiscencias.

“Por inversión del apotegma <<*cessante causa cessant effectus*>> tenemos derecho a concluir de estas observaciones que el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino manera inmediata como causa

desencadenante, al modo en que un dolor psíquico recordado en la conciencia despierta suscita en un momento posterior la secreción lacrimal: *el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias*” (Freud & Breuer, 1893)

Al ir trabajando con los recuerdos del paciente se preguntaban por qué algunos de aquellos recuerdos no sufrían el desgaste habitual y quedaban en el olvido, planteaban que “las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida” (Freud & Breuer, 1893). En algunos casos se encontraba que la conexión es perceptible y se puede ver como el suceso causal ha dado origen al fenómeno (síntoma) de que se trata y no a otro distinto. Dicho síntoma aparece transparentemente determinado por su motivación. Sin embargo no en todos los casos se encontraba clara la conexión entre el síntoma y su causa. Mencionare dos de los ejemplos descritos por Freud y Breuer (1893).

CASO ANA O: Mientras cuidaba de su padre enfermo sufre de una alucinación. Lo cual favorece la creación del síntoma, parálisis del brazo. Además manifiesta otro síntoma el cual se forma a partir de su deseo de rezar a lo cual no encuentra palabras y ante esto reza una oración infantil en el idioma inglés, tras lo cual olvida su idioma natal.

CASO EMMY VON N: Ella trata de, no hacer ruido mientras que intentaba que su hija conciliara el sueño, ya que se encontraba enferma. Tras lo cual sufre de manera “involuntaria” un sonido perturbador que realiza con su lengua. Uno de los síntomas que

presentaba era precisamente un chasquido con la boca, es decir aquello que había intentado contener y que no pudo.

En estos ejemplos se encuentra una relación simple entre la causa y el síntoma, sin embargo existen otros casos en el cuales no es tan sencilla la conexión entre la motivación y el fenómeno patológico, sino que existe una relación simbólica semejante a la que aparece en un sueño. Freud y Breuer dan como ejemplo cuando se une una neuralgia a un dolor anímico, o náuseas a un efecto de repugnancia moral. Además Freud y Breuer (1893) agregan una tercera agrupación de casos en donde no se logra distinguir si la determinación del síntoma se da como en la primera agrupación (Causa – Efecto) ni tampoco como en la segunda agrupación (semejante a la formación del sueño), en dichos casos Freud y Breuer lo atribuyen a un “*trauma*”. “Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico pueden actuar como trauma.” (Freud, Breuer. 1893) También se describe que varios “*traumas*” parciales por acumulación hacen un efecto de traumático.

Entre las causas de la histeria se encuentra el que el enfermo histérico sufrió en su infancia una experiencia traumática. “La violencia de este acontecimiento reside en la irrupción intempestiva de una efusión sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la menor conciencia”. (Nasio, 2008) Lo inmaduro le impide comprender y reaccionar, es entonces que la violencia del trauma es una gran carga de afecto sexual no sentido en lo consciente, sino recibido en lo inconscientemente con ausencia de angustia. “Esta demasía de afecto subsistirá en el yo a la manera de un quiste, y pasará a constituir el foco mórbido generador de futuros síntomas histéricos” (Nasio, 2008) Es así como podemos comprender

que el trauma ya no será un acontecimiento exterior sino un desarreglo interior, situado en el yo.

Nasio subraya otro aspecto del trauma psíquico donde no solamente se trata un exceso de tensión errante; sino que es una también una imagen sobrecargada por la acumulación del exceso de energía sexual, a esto se le llama “representación intolerable” que contiene los dos elementos descritos, la sobrecarga afectiva y la imagen sobreactivada (cualquier detalle como la postura, un sonido, una luz...).

En el caso de la Señorita Elisabeth von R. trabajado por Freud, descubre que la causa de los síntomas no se encontraba de forma consciente y que solamente mediante las asociaciones se podría llegar a un punto donde existía un conflicto generalmente relacionado entre una fantasía de orden sexual y la censura que ejercía la conciencia moral, además Freud descubre que como resultado de dicho conflicto psíquico se expulsa de la conciencia y la resistencia tiende a mantener el recuerdo fuera de la conciencia. “como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida {forzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era pues, el mecanismo de la conversión con el fin de la defensa...” (Freud S. , Señorita Elisabeth von R., 1893-1895)

La colaboración Freud – Breuer se disuelve cuando estos toman caminos separados en sus teorizaciones. Para Breuer “la base y condición de la histeria es el advenimiento de unos estados de conciencia particularmente oníricos con una aptitud limitada para la asociación, a los que propone denominar <<estados hipnoides>>” (Freud S. , Las neuropsicosis de

defensa. Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y ciertas psicosis alucinatorias, 1894)

Para Freud, el paciente se defiende de la representación inconciliable donde tales representaciones nacen las más de las veces sobre el suelo del vivenciar y el sentir sexual, además de que han tenido el propósito de <<ahuyentar>> de la consciencia, no pensar en ellas, sofocarlas. “la escisión del contenido de la conciencia es consecuencia de un acto voluntario del enfermo” (Freud S. , Las neuropsicosis de defensa. Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y ciertas psicosis alucinatorias, 1894)

Dicho mecanismo descrito por Freud para mantener la representación inconciliable apartada de la conciencia consiste en desligar la idea del afecto.

“La tarea que el yo defensor se impone, tratar como <<*non arrivée*>> {<<no acontecida>>} la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita”. (Freud S. , Las neuropsicosis de defensa. Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y ciertas psicosis alucinatorias, 1894)

Además, Freud agregará que la huella mnémica de la representación reprimida o forzada al desalojo, no ha sido sepultada, sino que en lo sucesivo va constituir el núcleo de un segundo grupo psíquico que se irá engrosando por otros momentos que aportan nuevo afecto a la representación debilitada e imponen por un momento el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos. “Mientras esta representación penosa permanezca apartada —es decir, reprimida—, el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno larvado”. (Nasio, 2008)

Posteriormente, Freud, en el caso Dora, cuando ya utilizaba la técnica de la asociación libre (la cual reemplaza a la hipnosis), claramente le da un lugar prioritario al contenido sexual de los recuerdos reprimidos.

“Me interesa también demostrar que la sexualidad no interviene como un *deus ex machina*, emergente una sola vez en el curso de los procesos característicos de la histeria, sino que constituye la fuerza impulsora de cada uno de los síntomas y de cada una de las manifestaciones de los mismos. Los fenómenos patológicos constituyen la actividad sexual de los enfermos.” (Freud S. , Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905), 1996)

Aunque el caso Dora (Freud 1901 (1905)) fue trabajando por un periodo breve (11 semanas) y es considerado como un fracaso terapéutico, ya que Freud trabajo de manera insuficiente la transferencia y la paciente abandonó el tratamiento, es mediante este caso que Freud comprueba sus teorías respecto a la existencia en la histeria, de una falla en la

resolución del Complejo de Edipo. “El problema del histérico no es el Complejo de Edipo sino un defecto en su resolución, por lo que se mueve en el seno de una problemática edípica fracasada, de ahí la agresión y la vivencia de inautenticidad que suscitan cuando manifiestan bondad o ingenuidad; en rigor, en tanto histéricos, se manejan en un círculo de objetos tentadores, excitantes y peligrosos” (Paz, Cuadros Clínicos - Histeria de Conversión., 2004)

Es también mediante el caso Dora que Freud introduce tres cuestiones técnicas en el tratamiento psicoanalítico.

- 1) Conservar la confidencialidad
- 2) Asociación libre
- 3) Atención libre y flotante

“Para traer a la Cc la representación icc es preciso procurarle eslabones de conexión, lo cual no tiene lugar para las sensaciones, que se transmiten directamente hacia adelante” (Freud S. , El yo y el ello, 1923) esto constituye la base de la asociación libre y la escucha libre y flotante.

Otros elementos necesarios para llamar histeria conversiva a este cuadro caracterizado por sus síntomas llamativos, aparatosos, que parecieran una simulación, donde no se encuentra físicamente una razón orgánica, pero que a la vez se ve que el paciente no finge sino que padece. En la histeria se observa que la expresión de los síntomas se hace a través del cuerpo.

“...en las conversiones se observa predilección por determinados segmentos corporales; de ahí que la definición clásica de que un

trastorno era tal cuando involucraba la musculatura estriada, la sensibilidad, especialmente superficial y/o los órganos de los sentidos. Esto tiene por objeto establecer diferencias con las *somatizaciones*, en la las que estarían en juego zonas más internas, menos “relacionales” (Paz, Cuadros Clinicos - Histeria de Conversión., 2004)

Freud deja muy claro que en la histeria el cuerpo se encuentra involucrado en la expresión sintomática. “No pueden formarse sin cierta colaboración somática facilitada por un proceso normal o patológico en algún órgano del cuerpo.” (Freud S. , Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905), 1996)

Además agrega una cuestión más para caracterizar y diferenciar al síntoma histérico. “Para que el síntoma tenga carácter de histérico es necesario que posea la capacidad de repetirse.” (Freud S. , Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905), 1996)

Freud plantea que al inicio el síntoma se ve como un intruso indeseado y después plantea cómo esto se va volviendo parte del paciente y a mi parecer plante a lo que denominamos ganancia secundaria.

“Al principio no ejerce función alguna en la economía psíquica, pero en muchos casos, la encuentra luego secundariamente. Una corriente psíquica cualquiera encuentra cómo servirse del síntoma, y éste llega así a una función secundaria, quedando ya fijamente adherido a la vida anímica. Si queremos curar al enfermo tropezaremos entonces, para nuestra máxima sorpresa, con una gran

resistencia, que nos demuestra cómo su intención de lograr la curación no es todo lo sincera que creíamos.” (Freud S. , Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905), 1996)

Vemos cómo en la histeria existe una tendencia a conservar el síntoma, donde la idea queda de forma inconsciente y es en el cuerpo, en el caso de la conversión donde se expresa una y otra vez aquello que no puede ser resuelto por la elaboración mental. Nos encontramos aquí con la defensa típica de la histeria: la represión.

“La represión se constituye a veces de manera que la antítesis de la idea que ha de ser reprimida queda extraordinariamente reforzada.... La idea de reacción mantiene reprimida a otra, pero simultáneamente queda a su vez como desvanecida y protegida contra la labor mental consciente.” (Freud S. , Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905), 1996)

La fantasía está presente en todo momento, no olvidemos que, por ejemplo, en el caso del vómito histérico, se presentan fantasías de tipo paranoide que, a diferencia del psicótico son inconscientes. El temor a ser envenenado por la madre, por el deseo incestuoso hacia el padre. “La simulación, la ficción, involucra la tendencia a manejarse en el plano de las fantasías, pero no en un repliegue estrictamente esquizoide (si bien su raíz se asienta sobre ese fondo)” (Paz, Cuadros Clínicos - Histeria de Conversión., 2004)

Podemos observar que las fantasías son un rasgo que se presentan de forma regular en todas las psiconeurosis, en especial en la histeria y se presenta con la misma frecuencia tanto para hombres como en mujeres, generalmente de naturaleza erótica en las mujeres y en los

hombres eróticas o ambiciosas, donde se muestran hazañas para que una mujer los prefiera a ellos en lugar de a otro hombre. “Estas fantasías son unos cumplimientos de deseo engendrados por la privación y la añoranza. Llevan el nombre de <<sueños diurnos>>” (Freud S. , Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, 1908)

Fenichel menciona que en la neurosis histérica el pensamiento que predomina es un pensamiento que suplanta la acción, es un tipo de pensamiento cargado de imágenes, arcaico y mágico, y que funciona de acuerdo con el principio del placer. Pareciera que este tipo de pensamientos o sueños diurnos, se les cultiva con esmero y se les atesora como algo íntimo de la personalidad donde en la mayoría de las veces se confiesan con vergüenza.

Si bien las fantasías se encuentran relacionadas con los síntomas, el nexo no es simple sino complejo, “Un síntoma no corresponde a una única fantasía inconciente, sino a una multitud de estas; por cierto que ello no de una manera arbitraria, sino dentro de una composición sujeta a leyes”. (Freud S. , Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, 1908) Dichas fantasías inconcientes pueden haberlo sido desde siempre, y pudieran haberse formado en lo inconciente, o bien –caso más frecuente- fueron una vez fantasías concientes, sueños diurnos, y luego se las olvidó adrede, cayeron en lo inconciente en virtud de la <<represión>>. La fantasía inconciente mantiene un vínculo importante con la vida sexual de la persona y “un síntoma histérico corresponde necesariamente a un compromiso entre una moción libidinosa y una moción represora, pero además de ello puede responder a una reunión de dos fantasías libidinosas de carácter sexual contrapuesto.” “Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra.” (Freud S. , Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, 1908)

En 1897 Freud abandona la teoría de la seducción al darse cuenta que el evento traumático no tiene que ser algo real sino que se encuentra en la fantasía de los pacientes y propone hacer conscientes dichas fantasías causantes del conflicto. “El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden. La técnica psicoanalítica permite, primero, colegir desde los síntomas estas fantasías inconcientes y, luego, hacer que devengan concientes al enfermo”. (Freud S. , Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, 1908)

La histeria descrita por Joel Dor, pareciera tener un tinte estructural donde su descripción no se basa en los síntomas sino en un diagnóstico al que llama estructural, es decir donde se pueden ver mecanismos esenciales para determinar una histeria, independientemente de la forma que ella tome mediante la cuestión sintomática.

Siempre en el fondo de la histeria encontramos elementos del triángulo edípico, recordemos cómo la histérica se conduce como una niña, ofendida y desdichada por no poder obtener el amor; un amor que pareciera busca más que a un amor posible sexuado, a un amor imposible lleno de fantasía donde ante la respuesta sexual asusta y se ve como una invasión por recordar de manera inconsciente el verdadero ataque anterior que durante el complejo de Edipo fue vivido con placer. Al dar cuenta del elemento sexual e incestuoso, busca revivir la escena por una vía aparentemente mejor aceptada a través del síntoma.

Podemos agregar que la histeria es una de las clases de neurosis que puede presentar síntomas muy variados y en cuanto a neurosis se definirá como una “Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa”.

(Laplanche & Pontalis, 1993). Su especificidad contiene cierto tipo de identificación y mecanismos como el de la represión donde aflora el conflicto Edípico que se desarrolla principalmente en el registro fálico y oral

Como rasgos estructurales Dor distingue *la alienación subjetiva en su relación con el deseo del Otro*. “Si, fundamentalmente, el objeto del deseo edípico, el *falo*, es aquello de lo cual el histérico se siente injustamente privado, no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino aquel que supuestamente lo tiene”. (Dor, 2000) Este es un mecanismo clásico que se encuentra en la histeria es la expresión de su deseo en un tono de ambigüedad en el terreno de su identidad sexual. También, *la identificación llamada histérica* encuentra así su origen en el principio de esta alienación, es decir que una mujer puede identificarse con otra mujer a la que le supone que conoce la respuesta del enigma del deseo. “...una mujer deseante se presenta <<no teniéndolo>>, pero deseándolo a pesar de todo ante aquel que supuestamente lo tiene, esa mujer aparece de entrada, para la histérica, como aquella que le dará la solución a su pregunta. De ahí la identificación subsecuente de la histérica con su <<modelo>>”. (Dor, 2000)

Esta identificación histérica tiene su base en el llamado complejo de Edipo según la propuesta de Freud de 1925 y sobre la cual nos basaremos para explicar brevemente la forma en que se desarrolla dicho complejo; éste inicia a partir de que la niña se da cuenta de que existe una diferencia sexual anatómica, en un primer momento en el caso de la niña cae víctima de una envidia fálica “Ha visto eso, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo” (Freud S. , Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos, 1925) A partir de este punto arranca el denominado complejo de masculinidad de la mujer, que puede llegar a dificultar considerablemente su desarrollo hacia la feminidad si no logró

superarlo. La abriga la esperanza de que a pesar de todo tendrá alguna vez un pene y será entonces igual al hombre, dicha esperanza es susceptible de persistir hasta una edad insospechadamente madura y puede convertirse en motivo de conductas difíciles de explicar de otra manera, si esto no le es suficiente, puede ponerse en juego cierto proceso que se designa cómo denegación, en el adulto significaría el comienzo de una psicosis.

Una vez que la mujer ha aceptado su herida narcisística, se desarrolla en ella – en cierto modo como una cicatriz – un sentimiento de inferioridad. Aún después que la envidia fálica haya abandonado su verdadero objeto no deja por ello de existir: merced a un leve desplazamiento, persiste en el rasgo característico de los celos, el relajamiento de los lazos cariñosos con el objeto materno, la falta de pene es casi siempre achacada a la madre de la niña que la echó al mundo tan insuficientemente dotada.

Así se trate de la oferta narcisista ligada a la envidia fálica, o sea, de la evidencia que la niña se hace al respecto que la niña no puede competir con el varón, y que por lo tanto, sería mejor renunciar a toda equiparación con este. La niña renuncia a su deseo del pene, poniendo en su lugar el deseo de un niño y con este propósito toma al padre como objeto amoroso. La madre se convierte en el objeto de sus celos: la niña se ha convertido en una pequeña mujer. Si tal vinculación con el padre llega a fracasar, puede ceder la plaza a una identificación con el mismo, retornando así la niña a su complejo de masculinidad, para quedar quizá fijada en él. “Muy a menudo averiguamos por el análisis que la niña pequeña, después que se vio obligada a renunciar al padre como objeto de amor, retoma y destaca su masculinidad y se identifica no con la madre, sino con el padre, esto es con su objeto perdido”. (Freud S. , El yo y el ello, 1923)

El complejo de Edipo no es simplemente reprimido en el varón, sino que se desintegra literalmente bajo el impacto de la amenaza de castración, en el caso de la niña el complejo de castración es posibilitado e inicia el complejo de Edipo. En la niña falta todo aniquilamiento para el Complejo de Edipo. Puede ser abandonado lentamente o aniquilado por la represión o sus efectos pueden persistir muy lejos en la vida psíquica normal de la mujer.

“La salida y el desenlace de la situación del Edipo en identificación-padre o identificación-madre parece depender entonces, en ambos sexos, de la intensidad relativa de las dos disposiciones sexuales. Este es uno de los modos en que la bisexualidad interviene en los destinos del complejo de Edipo” (Freud S. , El yo y el ello, 1923). En el caso de los neuróticos, se supondría la existencia de un complejo de Edipo completo donde como heredero de dicho complejo dará por resultado la instancia psíquica llamada Superyo.

“...como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó.” (Freud S. , El yo y el ello, 1923)

“Algunos psicoanalistas hacen remontarse la formación del superyó a una época más precoz, y ven actuar esta instancia desde las fases preedípicas (Melanie Klein), o por lo menos buscan comportamientos y mecanismos psicológicos muy precoces que constituirían precursores del Superyó (por ejemplo. Glover, Spitz)”. (Laplanche & Pontalis, 1993) Por

ejemplo entre los mecanismos preedípicos que se incluyen en la formación del superyó se encuentra la incorporación, introyección e identificación. “El término “incorporación” denota una fantasía de absorción corporal de un objeto cuya presencia física se siente después en el interior del cuerpo donde ocupa un espacio y es activo”. (Hinshelwood, 1989)

El término de introyección fue creado por Ferenczi en 1909 encontrando una relación entre los impulsos orales y la introyección, también Abraham consideraba que este mecanismo era algo muy natural en las relaciones humanas, e incluso que una persona podría tener cambios físicos en un proceso de introyección tomando características de una persona amada. Freud propone que en el momento que los objetos edípicos amados (madre y padre) se abandonan, son introyectados para formar el superyó, de esta manera pasan a ser un genuino objeto interno.

El superyó tiene además un valor direccional “Su vínculo con el yo no se agota en la advertencia: <<Así (como el padre) debes ser>>, sino que comprende también la prohibición <<Así (como el padre) no te es lícito ser, no puedes hacer todo lo que él hace; muchas cosas le están reservadas>>” (Freud S. , El yo y el ello, 1923)

En lo posterior, los maestros y autoridades irán tomando el papel del padre; sus mandatos y prohibiciones permanecerán vigentes en el ideal del yo y se ejercen como censura o conciencia moral. “Las tensiones entre las exigencias de la conciencia moral y las operaciones del yo es sentida como *sentimiento de culpa*. Sin embargo la autocrítica y la conciencia moral muchas veces son inconscientes pues mantienen un vínculo menos firme con la conciencia. Los sentimientos sociales descansan en identificaciones con otros sobre el fundamento de un idéntico ideal del yo.” (Freud S. , El yo y el ello, 1923)

El concepto de superyó en un sentido amplio, comprende las funciones de prohibición y de ideal. Si se mantiene, por lo menos como subestructura particular, el superyó aparece principalmente como una instancia que encarna una ley y prohíbe su transgresión.

Estos sentimientos sociales, culturales y morales tienen gran influencia en que el histérico siempre se encuentra insatisfecho podríamos decir que generalmente se esfuerza por no darle nunca un objeto sustituto posible, de tal manera que la insatisfacción se vuelve un motor hacia el deseo de su aspiración hacia un ideal del ser.

Nasio, reconoce dos formas de mirar la histeria, una desde un punto de vista descriptivo y otro relacional. Desde el punto de vista descriptivo, habla de los síntomas somáticos desde los más clásicos como las perturbaciones motrices (dolores de cabeza, anestias en una región limitada del cuerpo, etc.); los trastornos sensoriales (sordera, ceguera, afonía...); hasta afecciones más específicas que van desde el insomnio y los desmayos benignos, a las alteraciones de la conciencia, memoria e inteligencia. Todos estos sin una causa orgánica.

En cuanto al punto de vista relacional, Nasio propone que esto se deja ver en la forma en que el histérico se muestra en el espacio analítico y plantea tres estados propios del yo. Un primer estado pasivo donde el yo se encuentra en constante espera a recibir del Otro, no la satisfacción que colma, sino, curiosamente, la no respuesta que frustra; una espera defraudada que lo mantiene en una perpetua insatisfacción y descontento, a este estado se le nombra un *yo insatisfecho*. La segunda posición, un estado un poco más activo es el *yo histerizador*, donde transforma la realidad concreta en un mundo histerizado. La sexualidad no es en absoluto una sexualidad genital sino un simulacro de sexualidad, una seudogenitalidad más cercana a los tocamientos masturbatorios y los juegos sexuales

infantiles que a un intento real de concretar una verdadera relación sexual. La tercer posición es la de un *yo tristeza* que debido a la plasticidad del yo se identifica con el hombre o con la mujer o incluso con la fractura de una pareja y encarna la insatisfacción que dicha ruptura aflige. En este conflicto siempre ocupará el lugar de excluido y dicho lugar explica la tristeza. “Los histéricos crean una situación conflictiva, escenifican dramas, se entrometen en conflictos y luego, una vez caído el telón, se dan cuenta, en el dolor de su soledad, de que todo no era más que un juego en el ellos fueron la parte excluida”. (Nasio, 2008) En medio de la tristeza y la soledad queda la insatisfacción y la imposibilidad de sentirse hombre o mujer.

En relación con sus parejas, la histérica se pone en escena como defensora incondicional de las ideas, las convicciones, las opciones...del otro. Posee un carácter sacrificial, este proceso se realiza gracias a un desplazamiento. “Ponerse al servicio del otro equivale siempre a tratar de mostrarse uno mismo a través del otro y, así, a aprovechar su <<brillo>>”. (Dor, 2000). La forma de vincularse y las elecciones de objeto guardarán relación con los primeros periodos sexuales que atañen al padre y la madre, “El carácter de una persona adopta estos influjos provenientes de la historia de las elecciones eróticas de objeto o se defiende de ellos” (Freud S. , El yo y el ello, 1923)

Sólo nos queda agregar que reconocemos en la histeria una neurosis por lo general latente que, las más de las veces, estalla al producirse ciertos acontecimientos notorios en períodos críticos de la vida del sujeto donde que puede fallar la represión. Recordemos que el *yo* es una parte del ello modificada por el contacto con el mundo externo, a través de las percepciones, pero no solamente externas, sino también internas, y es el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, además es la instancia que tiene acceso a la

motilidad la parte que definirá el camino. Sin embargo el yo se comporta de forma esencialmente pasiva frente a las fuerzas ingobernables provenientes de ello, por lo tanto el ello en oposición al yo contiene las pasiones.

## CAPÍTULO 3

## MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS

### *Método*

En la historia de la ciencia existen diversas corrientes de pensamiento y diversos marcos interpretativos que han originado diferentes caminos en la búsqueda del conocimiento. Uno de ellos es la investigación cualitativa, cuando Sampieri se refiere al quehacer científico define la *investigación* de la siguiente manera: “La investigación es el conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”. El enfoque cualitativo también se guía procesos que la definen y caracterizan; en ellos encontramos que en esta clase de estudios se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos, es decir en cualquier momento del proceso y la recolección de datos se hace sin medición numérica para definir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. La acción indagatoria es dinámica entre los hechos y su interpretación y no siempre la secuencia es la misma varía de acuerdo con cada caso en particular.

Sampieri enumera las *características del enfoque cualitativo* de una investigación en el cual el investigado se plantea primeramente un problema el cual no sigue un proceso claramente definido, incluso las preguntas no siempre se han conceptualizado ni definido por completo. Se comienza examinando el mundo social y en este proceso se desarrolla una teoría coherente con los datos, es decir que 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 el 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). Se utilizan

técnicas de recolección de datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, registros de historias de vida, etc. Se evalúa el desarrollo natural de los sucesos, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad (Cobertta, 2003). Además, la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto a sus propias realidades.

“La investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 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 *el todo integrado*, no se opone a lo cuantitativo *que es sólo un aspecto*, sino que lo implica e 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)

El *estudio de caso psicoanalítico* es un instrumento ó método de investigación cuyo origen en la investigación médica y psicológica se aplica para profundizar en los fenómenos de la clínica psicoanalítica. “Un estudio de caso cualitativo se define como: como una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social.” (Muñiz & Rojas, 2008)

“Bajo los criterios cuantitativos de la investigación es evidente que el análisis de un solo caso no permite la generalización, ni la cuantificación rigurosa, ni el control experimental; pero, si consideramos el estudio de caso como instrumental, la pretensión es convertirlo en un punto de referencia para comprender un fenómeno general mediante el estudio de un caso particular.” (Muñiz & Rojas, 2008)

### Dispositivo Psicoanalítico

Para que pueda darse el proceso psicoanalítico es necesario que se establezca y mantenga el dispositivo psicoanalítico, el cual consiste en una serie de características fijas unas corresponden al analizante y otra al analizado. La que corresponde al analizado es La Regla Fundamental (Asociación Libre). Como lo menciona Freud en la 3era de las 5 Conferencias sobre psicoanálisis siempre existen nexos con la representación buscada, es decir la reprimida o inconsciente, y esto es por lo cual pedimos al paciente que hable, que diga todo sin criticar, sin hacer juicio y con mayor si resulta desagradable.

“Regla Fundamental – Regla constitutiva de la situación psicoanalítica, según la cual el paciente debe decir todo lo que le pasa por la mente, y principalmente lo que siente tentado a omitir, por la razón que fuere” (Roudinesco & Plon, 2008)

Las características fijas del dispositivo que corresponden al analizante son Atención (Parejamente) Flotante, la Regla de Abstinencia y la Neutralidad.

La contraparte de la asociación libre, es decir, una de las reglas que Freud enuncia para el analista es la atención libremente flotante “...ésta técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aun el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse (*merken*) en nada en particular y en presentar a todo cuanto uno escucha la misma <<atención parejamente flotante>>, como ya una vez la he bautizado”. (Freud S. , Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, 1912)

Siguiendo en la línea de las características necesarias para el dispositivo psicoanalítico que le corresponden al analista tenemos a la Regla de Abstinencia y a la Neutralidad las cuales van muy de la mano la una con la otra. Por una parte la Regla de Abstinencia restringe al analizante en cuanto a lo que este le da o le proporciona al analizado, particularmente satisfacciones que le puedan ahorrar sufrimientos, los cuales son necesarios para el trabajo analítico.

“Regla de la Abstinencia – Corolario de la regla fundamental, la regla de abstinencia designa el conjunto de medios y actitudes puestos en obra por el analista para que el analizante no pueda recurrir a formas de satisfacción sustitutivas, capaces de ahorrarle

los sufrimientos que constituyen el motor del trabajo analítico.”

(Roudinesco & Plon, 2008)

La Neutralidad abarca tres aspectos principales. Por una parte está la Neutralidad la cual de cierta forma involucra la Abstinencia ya que marca que el analizante debe ser neutral en sus valores y abstenerse de consejo a lo cual en algunos casos pudiera ser en función de ahorrarle al paciente algún sufrimiento. Segundo aspecto la Neutralidad también abarca la transferencia marcando que el analizante deberá ser neutral a las manifestaciones transferenciales. Tercer aspecto la Neutralidad está relacionada a la Atención (Parejamente) Flotante ya que indica que el analizante no deberá conceder a priori importancia a ningún fragmento del paciente.

“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, a un determinado fragmento a un determinado tipo de significaciones.“ (Laplanche & Pontalis, 1993)

Tomando en cuenta los aspectos del dispositivo psicoanalítico podemos concluir que dichas características le dan el carácter único, especial e irreplicable fuera del dispositivo analítico

de la relación analizante-analizado necesaria para la práctica del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica.

Las características del dispositivo psicoanalítico entran en juego dentro de un marco al cual denominamos encuadre.

### Encuadre Psicoanalítico

Contrario al dispositivo analítico donde las características son fijas en el encuadre estamos hablando de una serie de variables que como su nombre lo indica varían no solo pueden cambiar sino es inevitable que en algunos momentos del proceso lo hagan. “... ya que el encuadre debe ser firme pero también elástico.” Etchegoyen (2005) Incluso las variaciones especialmente cuando son motivadas o provocadas por el paciente pueden ser interpretadas junto con otras manifestaciones del inconsciente. “El encuadre es, pues, un hecho objetivo que el analista propone (en el contrato) y que el analizado irá recubriendo con sus fantasías” (Etchegoyen, 2005)

Dentro de lo que conocemos por encuadre podemos encontrar múltiples formas y sabores variando de analizante a analizado y de escuela psicoanalítica a otra. Como lo marca Etchegoyen “el encuadre (setting), donde yacen las normas que la hacen posible. Estas normas tienen su razón de ser en las teorías del psicoanálisis y del psicoanalista...” (Etchegoyen, 2005)

El encuadre viene a ser el marco en donde el proceso psicoanalítico se desarrolla. “Como dice Bleger (1967), ningún proceso puede darse si no hay algo dentro de lo cual pueda

trascorrir, y esos carriles por donde se desplaza el proceso son el encuadre: para que el proceso se desarrolle tiene que haber un encuadre que lo contenga.” (Etchegoyen, 2005)

Dichas variables son en cuestión al tiempo: los horarios de consulta, la frecuencia semanal, la duración de las sesiones y al dinero: los honorarios del analizante.

“Volviendo a los consejos de Freud, diremos que configuran las cláusulas fundamentales del contrato analítico, en cuanto apuntan a la regla fundamental, el uso del diván y el intercambio de tiempo y dinero, esto es, frecuencia y duración de las sesiones, ritmo semanal y vacaciones.” (Etchegoyen, 2005)

La primera variable de la que nos ocuparemos es la del tiempo. Los horarios de consulta se aconseja que sean establecidos, Freud marca que esta hora le pertenece por completa y que el analizado deberá hacerse económicamente responsable de ella aunque no la utilice. Entiendo por esto que aunque el analizado no acuda a su sesión esta deberá ser cobrada. Cabe mencionar que las costumbres en relación a este punto son diversas donde hay analizantes que cobran aunque esta sea cancelada con anterioridad y otros quienes si la cita es cancelada un día antes no hacen el cobro. También existen varias costumbres en relación a la duración a las sesiones hay quienes atienden a sus analizados por una hora, media hora, lo más común por lo menos en nuestro país de 45 min o algunos con duraciones variables como lo son algunos de la escuela lacaniana de psicoanálisis.

“Por lo que se refiere al tiempo, sigo estrictamente y sin excepción alguna el principio de adscribir a cada paciente una hora determinada. Esta Hora le pertenece por completo, es de su

exclusiva propiedad y responde económicamente de ella, aunque no la utilice.” (Freud S. , Sobre la Iniciación del Tratamiento, 1913)

En cuanto a la frecuencia semanal se encuentran analizantes que citan a sus pacientes cinco, cuatro, tres, dos, o una vez por semana e incluso en algunos casos una vez cada quince días.

Lo referente a las vacaciones la recomendación popular es que se acorde desde un inicio los periodos vacacionales del analizante, los cuales pueden ser con goce de honorarios o sin ellos esto determinado por cada analizante.

La siguiente variable a comentar es la del dinero, normalmente se establece un monto fijo por sesión. El monto por lo regular se marca un aumento semestral o anual de diferentes montos, algunos analizantes lo hacen de acorde a la inflación.

“Otra de las cuestiones que deben ser resueltas al iniciar un tratamiento es la referente al dinero; esto es, al montante de los honorarios del médico. El analista no niega que el dinero debe ser considerado en primera línea como medio para la conservación individual y la adquisición de poderío, pero afirma, además, que en su valoración participan poderosos factores sexuales... Una elemental prudencia le aconsejara luego no dejar que se acumulen grandes sumas, sino pasar su minuta a intervalos regulares (por ejemplo, mensualmente). Por otro lado, es bien sabido que la baratura de un tratamiento no contribuye en modo alguno a hacerlo más estimable a los enfermos”. (Freud S. , Sobre la Iniciación del Tratamiento, 1913)

## Proceso Analítico

Mediante el establecimiento del dispositivo y la instauración del encuadre se marcan las condiciones necesarias para que surja la relación intersubjetiva única y particular que marca el proceso psicoanalítico en la cual se presenta la transferencia de una manera más clara que en cualquier relación intersubjetiva.

“Transferencia- Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad... La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.”

(Laplanche & Pontalis, 1993)

Esta transferencia como bien lo define Laplanche nos deja percibir los deseos inconscientes además de los prototipos infantiles del paciente que en este momento son depositados en la figura del analista.

En el proceso analítico nos encontramos con un fenómeno que Freud denomina resistencia.

“Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, *se opone al*

acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una «vejación psicológica»". (Laplanche & Pontalis, 1993)

### Elaboración

Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. (Laplanche & Pontalis, 1993)

### *Instrumentos*

Más que un instrumento éste modelo de intervención tiene como basamiento los elementos surgidos en el proceso analítico, desde esta perspectiva la producción de la información sería el resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico

### *Procedimientos*

Dentro de los procedimientos utilizados para el estudio de caso psicoanalítico fueron utilizados los siguientes:

Método psicoanalítico

Formas de intervención: Señalamientos, confrontación e interpretación.

Frecuencia: 1 por semana durante 9 meses y 2 por semana durante los cuatro meses restantes en que la paciente asistió por un total de 61 sesiones.

Honorarios: \$60 por sesión

Tiempo: 61 sesiones de 45 min. durante 13 meses

Condiciones institucionales: las sesiones fueron cara a cara dentro de la USP de la Facultad de Psicología.

## TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

### *Instrumentos para recabar información*

Ficha de identificación

Discurso del paciente (asociación libre)

Viñeta clínica

Preguntas sobre datos específicos

### *Instrumentos de concientización*

“El psicoterapeuta dispone de varios instrumentos para ejercer una influencia directa sobre el paciente con el propósito de hacer que cambie, que mejore. Este cambio puede consistir en que los síntomas se alivien o desaparezcan, que su estado mental se modifique, que su conducta se haga más adaptada a la realidad en que vive, etcétera.” (Etchegoyen, 2005)

Interpretación

“Interpretación... el termino designa toda intervención psicoanalítica que apunta a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos o de sus discurso, puesta de manifiesto por una palabra, un lapsus, un sueño, un acto fallido, una resistencia, a través de la transferencia, etcétera.” (Roudinesco & Plon, 2008)

## Señalamientos

“El 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.” (Etchegoyen, 2005) 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 mismo no sabe qué significado puede tener”. (Etchegoyen, 2005)

## Confrontación

“Como su nombre lo indica, la confrontación muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción.” (Etchegoyen, 2005)

## Construcción

“Como indica su nombre, la 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 paso y fue determinante en la vida del sujeto” (Etchegoyen, 2005)

“la construcción es a la vez la quintaesencia de la interpretación y también su crítica, en cuanto permite restituir de manera coherente la significación global de la historia de un sujeto, en lugar de atenderse a la captación de algunos detalles sintomáticos”. (Roudinesco & Plon, 2008)

## CAPÍTULO 4

## HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: Diana

Edad: 22 años

Estudios: Licenciatura

Sexo: Femenino

### *Resumen del caso*

Diana, acude a pedir consulta por recomendación de una amiga, después de haber pasado tres días llorando y sin poder comer a causa de una sorpresiva ruptura amorosa con su novio; él, al regresar de un retiro religioso le dice a Diana que ya no quiere andar con ella sin darle más explicación. Sin embargo, unos cuantos días después, por unas amigas Diana se entera que Juan (su ex-novio) está saliendo con otra joven con quien ella sospecha tiene más que una simple “amistad”. Para la paciente, este hecho implica una fuerte traición ya que ella manifiesta haberle profesado un amor incondicional y una absoluta fidelidad durante cuatro años.

En las entrevistas iniciales, me encuentro con una joven de 22 años de ojos grandes y negros que dice sentirse como una anciana de 80 años. En algunas ocasiones, refiere padecer fuertes dolores de cabeza o migrañas, y algunos dolores corporales y cansancio. Se muestra respetuosa, amable y con confianza en que yo puedo ayudarla. Lloro con facilidad, dice sentirse muy triste y pide que la ayude a olvidarse de Juan pues no puede quitarlo de su mente.

En la primera entrevista el hilo de sus asociaciones la lleva a narrar un hecho que marcó su vida y que a partir de su ruptura con Juan se ha hecho presente. Cuando ella contaba con apenas 4 años su padre dejó a su madre para irse a vivir con su amante. Diana recuerda con dolor el día en que su padre se fue de la casa después de un pleito donde su mamá la puso en la puerta intentando usarla para detenerlo sin conseguirlo. Otro recuerdo que asocia a este hecho es una ocasión en que sus padres pelearon y la culparon del pleito. Su mamá estaba arriba y su papá abajo, ella fue con la mamá y la culpó, después fue abajo con el papá y también la culpó y ella se quedó en medio de la escalera sin saber con quién ir.

### *Familia*

Diana es la hija mayor, mide aproximadamente 1.55mts. complexión media, tez aperlada y cabello negro; estudió la carrera de Leyes y actualmente se encuentra realizando su servicio social. Tiene una hermana de 18 años a la que describe como muy vanidosa e interesada por aspectos superfluos como la moda, la apariencia física y que no tiene deseos de estudiar, sin embargo la madre la obliga a que estudie al menos la preparatoria, la cual se encuentra cursando actualmente.

Para la paciente, su madre (una mujer con sobrepeso) no representa ningún apoyo, sino por contrario, la ve como una mujer débil, amargada. La siente incapaz de ocuparse incluso de asuntos cotidianos; menciona que siempre le pide su opinión y ayuda, y que es ella quien tiene que hacerla entrar en razón cuando la madre se encapricha. En una sesión Diana pone de ejemplo que, si un perro se le atraviesa por la calle su mamá la pondría frente al perro en lugar de cuidarla y protegerla.

La madre de la paciente proviene de una familia de extracto social muy bajo, con muchas hermanas y algunos hermanos. Diana ha mencionado que dormían amontonados porque eran muchos. También menciona que su abuela, al igual que su madre, son muy poco cariñosas y que nunca la abrazan.

Después de marcharse el padre, la madre de Diana cambia su religión, de Católica a Cristiana Pentecostés. Diana ve que su madre falla a las enseñanzas religiosas, ya que dice que ella guarda mucho rencor de las cosas que le han hecho e incluso de lo que no le han hecho.

Sus padres están separados desde que Diana tenía 4 años, sin embargo, su madre nunca ha querido darle el divorcio al padre a pesar de que él tiene otra pareja desde que se separaron. Con esta pareja, su padre ha tenido 2 hijas menores, las cuales la paciente no quiere conocer. Diana tiene mucho resentimiento hacia la pareja de su papá pues la culpa de que su padre se haya ido. De igual manera, dice odiar a éstas hijas del padre y menciona que su papá posiblemente tiene otra hija con otra mujer, pero este hecho lo refiere como que hay chismes al respecto y no asegura su existencia.

También menciona con mucha molestia que el padre mantiene y recibe en su casa a un hijo de su pareja, que no es hijo de él.

El padre es médico general y se ha hecho cargo de los gastos de la casa y la educación de ambas hijas; incluso un día entre semana les lleva de cenar y el fin de semana va por ella y su hermana para llevarlas a pasear ó a visitar a su abuela paterna. En algunas ocasiones, invita a la madre de la paciente a que los acompañe, sin embargo, esto le angustia mucho a Diana ya que teme se pelen. Para la paciente, su padre es visto como alguien que la ha

abandonado y con quien tenía muchos conflictos y constantes peleas, pues ella se colocaba como defensora de la madre, además de ser quien llevaba y traía la comunicación entre ambos. Menciona que sus pleitos han disminuido pero porque ella ya no le dice nada, se queda callada pero molesta. Diana narra que en algunos momentos en que su padre toma cervezas durante las visitas, “bromea” diciéndole que por qué es tan fea y cuestionándole a quién se parece. A Diana esto la molesta pues dice ser muy parecida al padre físicamente. En ocasiones la paciente compadece a su padre ya que piensa que él mantiene a muchos hijos, incluso a uno que no es de él y ve que su madre le sigue exigiendo cosas. La paciente se decidió a estudiar la carrera de leyes con la idea de que esto la ayudaría en las discusiones con su padre, en un inicio había pensado estudiar medicina. En algunas ocasiones, se cuestiona si habrá sido una buena elección y comenta que por momentos piensa que le gustaría ser Chef.

#### *Relación con Juan*

Juan pertenece a la religión Adventista, fue su novio por aproximadamente 4 años; a Juan lo conoció en la escuela de Leyes. En ese momento, Diana tenía otro novio al cual ella dejó (después de 4 años de noviazgo) para andar con Juan. Las primeras veces que lo vio, siendo él un año mayor que ella, se le hacía un chavo muy guapo e inalcanzable, al cual fue poco a poco conquistando. Cuando él volteó su mirada hacia ella, ella se llenó de alegría y sobreestimación sobre otras mujeres, ya que ella no se consideraba bonita y tenía a su lado a un chavo guapo. Su noviazgo tuvo algunos sin sabores, por ejemplo cuando ella se entera que él ya había tenido relaciones sexuales con su anterior novia. Este hecho fue un duro golpe para Diana ya que ella consideraba que su pareja debía tener ciertas características entre las cuales incluía llegar virgen hasta el matrimonio. También, en otra ocasión, ella

revisó el celular de Juan y se dio cuenta de que él se enviaba mensajitos con su ex-novia, pero dejó pasar ese hecho que en el fondo la llenaba de celos.

### *Infancia*

Para Diana su infancia se vio coartada por la separación de sus padres, ella refiere que no jugaba como los demás niños y que desde que tenía 5 años sabía lo que era una amante.

Un hecho importante en la vida de la paciente fue el cambio de religión de la madre pues pasaba mucho tiempo en la iglesia acudiendo a una especie de catecismo para niños durante los domingos. Diana menciona que en la iglesia ella encontró mucha paz. Las enseñanzas religiosas se volvieron su guía y a la vez motivo de restricción ya que se proponía cumplir al pie de la letra los mandatos de Dios y temía un castigo divino.

### *Adolescencia*

La paciente no habla mucho sobre su adolescencia pero refiere que durante las vacaciones de verano después de terminar la escuela primaria ella no quería entrar a la secundaria siendo una niña gordita. Le preocupaba cómo la verían los chavos, así es que se propuso bajar de peso y dejó de comer. En ocasiones solamente tomaba agua o algo de ensalada durante todo el día, incluso pasaba así varios días por lo cual bajó 18 kg. en 2 meses.

### *Tratamiento*

Acordamos vernos una vez por semana pues al encontrarse realizando su servicio social, además de estudiar inglés, no podía asistir a más sesiones semanales; sin embargo después de 9 meses, se agregó otra sesión por semana asistiendo en total durante 13 meses.

De inicio, la paciente pasaba gran tiempo de la sesión relatando aquello que le había pasado en las diferentes áreas de su vida, (Juan, la relación con su padre, la relación con su madre y su hermana y los nuevos chicos que iba conociendo). Hacía una división entre estas áreas.

Era evidente la tristeza que Diana sentía con la ausencia de Juan, y a la vez sentía temor de encontrarse con él, pues se consideraba débil y le dolía el hecho de que él le ofreciera una amistad en lugar de un noviazgo.

Diana deseaba guardar los recuerdos en una caja cerrada y sellada en el rincón de un closet, donde jamás pudiera volver a encontrarlos, y se recriminaba cada vez que él ocupaba su pensamiento. Ante el señalamiento de que en el espacio terapéutico se trataba precisamente de hacer lo contrario e invitarla a abrir las otras cajas que ella tenía selladas y almacenadas, en la paciente fueron surgiendo nuevos recuerdos y asociaciones de su infancia.

A la paciente la invade la culpa por desear apartarse de su madre o negarse a sus peticiones, ya que teme a un castigo divino por que la palabra de Dios dice “honrarás a tu padre y a tu madre”. Se le señala a la paciente que precisamente honrar a su madre pudiera ser devolverle el lugar que al parecer ella ha ocupado y permitirle ejercer su función; esta intervención permite a Diana colocarse en el lugar de hija y empezar a cuestionar la forma en que creció prematuramente sin jugar como lo hacían otras niñas y niños de su edad, siempre preocupada y al cuidado de su madre y su hermana.

Ella se va acercando a su padre después de darse cuenta de que a quien el padre abandonó fue a la madre y no a ella. También piensa que, finalmente quien la ponía en contra de su padre, era su propia madre. La paciente menciona cómo la madre le decía que su padre tenía una amante y que por culpa de esa mujer él las había abandonado. Estos comentarios

de la madre, hacían que al llegar el padre por ella para salir a pasear, se encontrara furiosa y mal encarada; esta situación provocaba constantes discusiones entre ellos.

Otro hecho que influyó en que Diana se acercara a su padre fue, que durante el tratamiento, se entera que su padre estaba enfermo de diabetes. Su enfermedad le obliga a dejar de tomar, cosa que a ella le agrada mucho y favorece que se acerque más a él por el temor a perderlo. También la paciente se permite decirle que lo quiere e incluso lo abraza, a lo que el padre responde afectuosamente.

Un tema que también se fue trabajando a lo largo de nuestros encuentros, fue el hecho de que la casa en donde ella vivía con su madre y su hermana tenía un pleito legal y estaban a punto de perderla. La madre pedía a Diana que se hiciera cargo de la situación y que hablara con su padre. Su padre responde a eso que no se preocupen, que busque una casa de renta antes de que las desalojen. Más adelante, el padre le dice a Diana que puede sacar una nueva casa para ellas por medio de INFONAVIT, que elijan la casa que quieran. Ella lleva a su mamá a buscar casas y se desespera, pues a la madre no le gusta ninguna. Finalmente hay una que le gusta pero es un poco más cara de presupuesto que le da el padre. Diana considera que su madre abusa de su padre y que se comporta de forma incomprensiva; sin embargo el padre acepta y les compra la casa.

Otro aspecto importante que mencionar, es que al principio del tratamiento, Diana trataba de no guardarle rencor a Juan ni enojarse con él; ya que temía ser como su mamá, rencorosa y amargada. Diana, cada día más alejada afectivamente de Juan, se anima a conocer a otros chicos; sin embargo siempre los compara con él. Cuando los chicos que conoce se muestran amables e interesados por ella, ella los rechaza. Si ellos le proponen tener un acercamiento

afectivo o de índole sexual, ella y se aleja “corriendo” y prefiere añorar a Juan con quien dice ella estuvo realmente enamorada.

En la medida en que la paciente va cuestionándose respecto a los dogmas religiosos y añorando menos al padre, las ideas religiosas van disminuyendo, así como su temor de Dios; esto le permite tener algunos acercamientos sexuales y hablar de sus deseos de perder la virginidad y poder tener una relación sexual. En una ocasión, intentando reprimir su deseo, tiene la fantasía de ser secuestrada y violada. Por medio de sus asociaciones evoca un recuerdo infantil donde se ve arrinconada en una esquina de un cuarto por un primo que se le acerca mucho como si fuera a besarla. Este recuerdo la angustia, sobre todo porque es algo que no sabe la madre y que teme que se entere. Además, ésta era la sensación que ella tenía cuando un chico la quería besar, se sentía acorralada.

Después de un tiempo de tratamiento, Diana conoce a Alejandro un vecino de casa de su abuela. Él era descrito por la paciente como un chavo muy guapo, alto y con unos brazos fuertes. También pertenecía a la religión cristiana lo cual lo hacía más atractivo para ella. Él, había participado en un accidente, en el cual al dar una vuelta violenta mientras conducía ebrio una camioneta, uno de sus amigos que viajaba en la caja, salió proyectado impactándose en el piso y muriendo. Este acontecimiento provoca que él se vuelva muy religioso, que deje de tomar y se propone no tener una novia hasta que termine sus estudios. A Diana, le atrae este nuevo “imposible” y empieza a salir con él. Ellos van teniendo encuentros donde se besan y se abrazan siempre diciendo ser solamente “amigos”. Al principio esto la llena de culpa, pero después lo ve como una relación donde puede encontrar un desahogo y unos brazos que la sostengan, sin el temor de un compromiso que pudiera llevarla al matrimonio; algo deseado pero temido por Diana.

Otra figura importante en la vida de Diana es un amigo al que ella ve como “el chico malo”. Con él, Diana tiene una comunicación más profunda y cargada de afecto. Se siente aceptada tal cual es y no tiene que guardar ninguna apariencia. Él tiene novia, pero siempre le dice que tiene deseos de besarla. A ella, el hecho de que tenga novia la detiene a hacerlo, pero admite que si le gustaría. En una ocasión en que él corta con su novia, se besa con Diana; después vuelve con su novia, pero se siguen dando algunos encuentros esporádicos entre ellos.

El aspecto físico de Diana ha cambiado, se ve más ligera y juvenil, se va dando cuenta de que su madre es capaz de intervenir por ella cuando se suscita un pleito con su hermana, esto la hace sentir reconfortada. También la casa les ha sido entregada y se pone de acuerdo con su padre para los detalles de ella. En el tratamiento, se le señala la fantasía que tiene de forma inconsciente, en la que piensa que su familia pudiera volver a vivir unida en esta nueva casa. Ella decide que cuando la casa esté lista, si su madre y su hermana no quieren mudarse aun, ella se mudará allá a vivir sola.

A Juan no lo ha visto a excepción de una vez en que ella le pidió que le devolviera sus cosas. Él no quería, pero aceptó; para ella, éste hecho fue lo que marcó el final.

La paciente, con algo de temor de dejar solas a su madre y a su hermana, logra hacer un viaje por espacio de una semana con una prima. A su regreso, comenta cómo se da cuenta de que no les pasa nada y que si es capaz de alejarse de ellas. Unos 2 meses después, hace un viaje al extranjero para acompañar a su abuela, ahora por más tiempo. A su regreso, me expone que quiere dejar de asistir a sus sesiones. Ella plantea sentirse mejor y que tiene deseos de hacer algunas cosas sola. Me dice que ella sabe dónde encontrarme y que después

me va a buscar, pero que quiere ir a vivir algunas cosas por sí misma y asegura que más adelante me buscará. Diana hace un recuento de aquellos aspectos que considera que no están agotados pero que de momento sabe cómo los puede resolver.

#### *Motivo de consulta*

La paciente acude a pedir consulta por recomendación de una amiga, después de haber pasado tres días llorando y sin poder comer a causa de una sorpresiva ruptura amorosa con su novio; él, al regresar de un retiro religioso le dice a Diana que ya no quiere seguir con ella sin darle más explicación. Sin embargo, unos cuantos días después, por unas amigas Diana se entera que Juan (su ex-novio) está saliendo con otra joven con quien ella sospecha tiene más que una simple “amistad”. Para la paciente, este hecho implica una fuerte traición ya que ella manifiesta haberle profesado un amor incondicional y una absoluta fidelidad durante cuatro años.

#### *Demanda de tratamiento*

La paciente se muestra con confianza en que yo puedo ayudarla, llora con facilidad, dice sentirse muy triste y pide que la ayude a olvidarse de Juan pues no puede quitarlo de su mente.

#### *Sintomatología Actual*

La paciente refiere padecer fuertes dolores de cabeza o migrañas, y algunos dolores corporales y cansancio. La tristeza es constante a veces no tiene ganas de nada y ahora vienen a ella recuerdos que ella pensaba ya estaban superados. En la primera entrevista el hilo de sus asociaciones la lleva a narrar un hecho que marcó su vida y que a partir de su

ruptura con Juan se ha hecho presente. Cuando ella contaba con apenas 4 años su padre dejó a su madre para irse a vivir con su amante. Diana recuerda con dolor el día en que su padre se fue de la casa después de un pleito donde su mamá la puso en la puerta intentando usarla para detenerlo sin conseguirlo. Otro recuerdo que asocia a este hecho es una ocasión en que sus padres pelearon y la culparon del pleito. Su mamá estaba arriba y su papá abajo, ella fue con la mamá y la culpó, después fue abajo con el papá y también la culpó y ella se quedó en medio de la escalera sin saber con quién ir.

### *Impresión diagnóstica*

Consideramos que la paciente se encuentra atravesando por un proceso de duelo cuenta con una estructura neurótica con rasgos histéricos.

## ESTRUCTURA SUBJETIVA

### Contexto familiar

Diana es la hija mayor de su familia, tiene una hermana de 18 años a la que describe como muy vanidosa e interesada por aspectos superfluos como la moda, la apariencia física y que no tiene deseos de estudiar, sin embargo la madre la obliga a que estudie al menos la preparatoria, la cual se encuentra cursando actualmente.

Para la paciente, su madre (una mujer con sobrepeso) no representa ningún apoyo, sino por contrario, la ve como una mujer débil, amargada “*ella es la mala vibra*”. La siente incapaz de ocuparse incluso de asuntos cotidianos; menciona que siempre le pide su opinión y ayuda, y que es ella quien tiene que hacerla entrar en razón cuando la madre se encapricha. En una sesión Diana pone de ejemplo que, si un perro se le atraviesa por la calle su mamá la pondría frente al perro en lugar de cuidarla y protegerla.

*“Siento que ella no puede hacer nada, que para todo yo tengo que decirle <<mamá esto es así o asá>>, no puedo creer que yo que tengo menos edad que ellos tenga más capacidad para ver qué cosas están bien o mal. Mi mamá por ejemplo si sale un perro en la calle, ella me pone adelante para cubrirse del perro. Yo pienso que cualquier madre por instinto se podría adelante para cuidar a su hija, mi mamá no, ella me pone a mí. Una tía le dice a mi mamá que ella siempre se apoya en mi, y mi mamá dice es que Diana es mi fuerza”.*

La madre de la paciente proviene de una familia de extracto social muy bajo, con muchas hermanas y algunos hermanos. Diana ha mencionado que dormían amontonados porque eran muchos. También menciona que su abuela, al igual que su madre, son muy poco cariñosas y que nunca la abrazan.

Después de marcharse el padre, la madre de Diana cambia su religión, de Católica a Cristiana Pentecostés. Diana ve que su madre falla a las enseñanzas religiosas, ya que dice que ella guarda mucho rencor de las cosas que le han hecho e incluso de lo que no le han hecho.

Sus padres están separados desde que Diana tenía 4 años, sin embargo, su madre nunca ha querido darle el divorcio al padre a pesar de que él tiene otra pareja desde que se separaron. Con ésta pareja, su padre ha tenido 2 hijas menores, las cuales la paciente no quiere conocer. Diana tiene mucho resentimiento hacia la pareja de su papá pues la culpa de que su padre se haya ido. De igual manera, dice odiar a éstas hijas del padre y menciona que su papá posiblemente tiene otra hija con otra mujer, pero este hecho lo refiere como que hay chismes al respecto y no asegura su existencia.

*“Una vez las vi de lejos, pero no me interesa conocerlas, nunca he tenido ganas de conocerlas. En una ocasión cumplía años mi abuelito e hicieron una fiesta y nos íbamos a tomar una foto familiar. Mi mamá pues no iba a salir en la foto porque están separados, pero cuando nos íbamos a poner para la foto, estaban sus hijas y yo me enojé. ¿Cómo podía hacernos eso? así que me fui. Yo le echo la culpa a la otra mujer pues por ella mi papá se fue”.*

También menciona con mucha molestia que el padre mantiene y recibe en su casa a un hijo de su pareja, que no es hijo de él.

El padre es médico general y se ha hecho cargo de los gastos de la casa y la educación de ambas hijas; incluso un día entre semana les lleva de cenar y el fin de semana va por ella y su hermana para llevarlas a pasear ó a visitar a su abuela paterna. En algunas ocasiones,

invita a la madre de la paciente a que los acompañe, sin embargo, esto le angustia mucho a Diana ya que teme se pelen. Para la paciente, su padre es visto como alguien que la ha abandonado y con quien tenía muchos conflictos y constantes peleas, pues ella se colocaba como defensora de la madre, además de ser quien llevaba y traía la comunicación entre ambos. Menciona que sus pleitos han disminuido pero porque ella ya no le dice nada, se queda callada pero molesta. Diana narra que en algunos momentos en que su padre toma cerveza durante las visitas, y “bromea” diciendo que por qué es tan fea y cuestionándole a quién se parece. A Diana esto la molesta pues dice ser muy parecida al padre físicamente. En ocasiones la paciente compadece a su padre ya que piensa que él mantiene a muchos hijos, incluso a uno que no es de él y ve que su madre le sigue exigiendo cosas. La paciente se decidió a estudiar la carrera de leyes con la idea de que esto la ayudaría en las discusiones con su padre, en un inicio había pensado estudiar medicina. En algunas ocasiones, se cuestiona si habrá sido una buena elección y comenta que por momentos piensa que le gustaría ser Chef.

### *Estructura Edípica*

Para Diana su infancia se vio coartada por la separación de sus padres, ella refiere que no jugaba como los demás niños y que desde que tenía 5 años sabía lo que era una amante.

*“yo cuando era niña veía a otros niños que eran de mi edad y se me hacían muy chiquillos, porque andaban jugando. Yo creo que mi mamá tenía la culpa, porque me hablaba de mi papá, <<tu papá hizo esto, tu papá me hizo aquello>> pero bueno, pues ¿con quién más podía ella hablar? yo soy la mayor, con alguien tenía que hablar de sus cosas”.*

La paciente se encuentra identificada con la figura materna quien es abandonada incapaz de mantener un hombre a su lado; odiando y devaluando a aquella otra mujer que la parta de su padre, así como a los hijos de esa relación a quienes les supone un mayor afecto de su padre. En Diana actualmente se repite esta identificación y relación triangular edípica ya que relaciones de pareja no son más duraderas de 4 años y en la relación que acaba de terminar y que es el motivo por el cual ella acude a consulta, ella queda como el tercero excluido.

#### *Eventos traumáticos*

En la paciente podemos enumerar algunos acontecimientos que fueron vividos como momentos traumáticos, el primero de ellos es cuando ella a la edad de 4 años su padre dejó a su madre para irse a vivir con su amante. Diana recuerda con dolor el día en que su padre se fue de la casa después de un pleito donde su mamá la puso en la puerta intentando usarla para detenerlo sin conseguirlo. Otro recuerdo que asocia a este hecho es una ocasión en que sus padres pelearon y la culparon del pleito. Su mamá estaba arriba y su papá abajo, ella fue con la mamá y la culpó, después fue abajo con el papá y también la culpó y ella se quedó en medio de la escalera sin saber con quién ir, *“yo creo que en esa ocasión me sentí sola sin tener a nadie a quien recurrir, muy desprotegida”*.

Otro evento traumático en la vida de la paciente, es un momento en que la paciente se encontraba jugando con sus primos y uno de ellos la arrincona en una esquina de un cuarto él se le acerca mucho como si fuera a besarla. Teme que la madre se entere de esto por lo

que pudiera hacerle al primo. Además, ésta sensación de encontrarse arrinconada prevalece en ella cada vez que un chico intenta besarla.

### *Perfil Subjetivo*

1. Maneras de relación. La paciente refiere que las relaciones que establece siempre se encuentran marcadas por sus creencias religiosas ya que elige parejas profesan su misma religión o una similar buscando que sean de preferencia vírgenes, que no tomen, fumen, ni bailen ya que esto los aparta del camino de Dios.
2. Identidad sexual. La paciente se define como heterosexual por se interesa sexualmente por figuras del sexo opuesto.
3. Rasgos de carácter. Históricos (Responsabilidad, compromiso, empatía honradez, baja autoestima)
4. Recursos yoicos. Su capacidad de juicio, memoria, pensamiento y contacto con realidad se encuentran preservadas.
5. Mecanismos de defensa. Represión, conversión, racionalización e identificación proyectiva.
6. Características del superyó. Rígido

## CONSTRUCCIÓN DEL CASO

La construcción del caso será realizada a través de la descripción y el análisis de cuatro categorías principales, sustentadas dentro del marco teórico expuesto nos permitirá ver los ejes principales tanto de la construcción del superyó así como de la problemática en la paciente histérica. Dentro de cada categoría se exponen fragmentos del discurso de la paciente en distintos momentos del proceso terapéutico que ilustran dicha estructura y forma de funcionamiento psíquico.

Para éste caso en particular las categorías o ejes versarán respecto a la construcción de superyó y su funcionamiento; la triangulación Edípica, el proceso represivo y la forma en que el tratamiento ayudó a tener acceso a algunos recuerdos infantiles, por último, la forma de vincularse manteniendo una constante insatisfacción. La importancia del análisis y discusión de estas cuatro categorías radica en que consideramos que son los puntos nodales que sostienen la estructura histérica.

### **1. “Honrarás a tu padre y a tu madre”**

En la estructuración subjetiva de la paciente podemos encontrar algunos elementos que influyeron en los procesos de identificación y construcción del superyó; ante una madre incapaz de contener a su hija y ante un padre con fallas en su función, la paciente se queda en medio de ambos. En la siguiente viñeta a modo de introducción podemos ver un recuerdo que la paciente evoca y que parece central en el momento de su estructuración y falla en el complejo de Edipo y por lo tanto se incluye el elemento religioso que queda en

ella marcado y que se integra en la construcción del Superyo como heredero de dicho complejo.

La paciente queda en medio culpada por ambos padres de una discusión entre ellos, esto influye en la visión de la paciente de quedarse desprotegida, sin poderse identificar y acompañar por alguno de ellos, sensación de soledad donde pareciera que solamente Dios la podría guiar.

*Paciente: Recuerdo que en una ocasión en que mis padres pelearon me culparon a mí del pleito, mi mamá estaba arriba y mi papá abajo, yo fui con mi mamá y me culpó, así que me fui abajo con mi papá, pero él también me culpó; me quedé sentada en medio de la escalera sin saber con quién ir, yo creo que en esa ocasión me sentí muy sola sin tener a nadie a quien recurrir, muy desprotegida. Así me siento ahora, desprotegida sin tener a quien recurrir.*

**Sesión #25 17/11/2010**

El cuarto mandamiento bíblico que reza “Honrarás a tu padre y a tu madre” forma parte del discurso de la paciente, ha quedado integrado dentro de la instancia del superyó como aquello que la guía en la forma en que debe comportarse respecto a sus padres y que le prohíbe revelarse o desobedecerlos. Recordemos que “el superyó es una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la auto observación, la formación de ideales, como funciones del superyó.

Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales”. (Laplanche & Pontalis, 1993)

Para la paciente la religión forma parte de la instancia psíquica del superyó que actúa en ella como censor moral, con la añoranza de un padre que abandona el hogar, la religión y la figura de Dios queda en su lugar. El seguir la “palabra de Dios” y el mandamiento “honrarás a tu padre y a tu madre” era algo que le impedía poder cuestionarse respecto a ellos, sentir enojo le causaba mucha culpa, además temía del castigo divino por no poder cumplir los mandamientos, a la vez el sacrificio le procuraba la promesa de una vida eterna, pero constantemente se encontraba en una lucha interna entre sus impulsos y deseos y los mandatos religiosos.

Presentaré el fragmento de 2 viñetas donde se muestra cómo es que para la paciente dicho mandamiento procuraba en ella un sentimiento de culpa por no tenerle suficiente paciencia, es como si el honrar en la paciente significara que solamente podría tener amor por la madre y procurarle toda satisfacción de sus necesidades. Algo muy frustrante para Diana era el hecho de que la madre se comportara como una niña caprichosa a la que no podía complacer, sentía el deseo de deshacerse de ella e independizarse, pero a la vez, la invadían los sentimientos de culpa y remordimiento. Además podemos dar cuenta de la insatisfacción que se jugaba en la madre.

*Paciente: Sigo buscando casas, pero a mi mamá no le gustan, me dice <<hay no, está muy chiquita>> a ella le gustó una casa que está más grande pero yo le dije para que quieres una casa tan grande, al rato nos vamos nosotras y tú te vas a quedar sola en la casa. Me sentí muy mal por haberle dicho eso, como con coraje, pero es que no la hago que entienda. Es mi mamá yo creo que no debo hablarle así.*

*Terapeuta: de quien son esas palabras que te dicen que no debes hablarle así?*

Paciente: yo creo que de Dios, bueno no de Dios, pero de la palabra de Dios, que dice:  
<<honrarás a tu padre y a tu madre>>.

Terapeuta: ¿Con lo que le dijiste sientes que la deshonras?

Paciente: Sí, me siento que soy mala, que soy mala hija por molestarte con ella. Pero me desespera, ella es como “la mala vibra”, yo lo que quisiera es irme de la casa o mandarla muy lejos....que se vaya de vacaciones, o a visitar a alguien muy lejos.

**Sesión #5      16 /06/2010**

Paciente: Yo a veces me pregunto hasta dónde es eso de <<honrarás a tu padre y a tu madre>>, ¿hasta dónde?

El otro día mi mamá me dijo que hablara por teléfono porque se descompuso algo del internet, que hablara al cable y yo le dije habla tú. Y me subí a mi cuarto.

Terapeuta: ¿cómo te sentiste?

Paciente: muy mal, luego pensé, ay Diana que te costaba hablar tú? me sentí muy mal por no haber hablado y haberle dicho que hablara ella.

Terapeuta: a mí me parece que al decirle que hablara ella es más honroso porque le das el lugar de Madre, creo que de esa manera la honras cuando la colocas en su lugar.

**Sesión #6      23 /06/ 2010**

La paciente se hacía cargo de una serie de situaciones como las expuestas en las 2 viñetas anteriores, quedaba a su cargo la elección de una nueva vivienda y arreglar contingencias cotidianas de la casa, pareciera como si de esta manera ocupaba el lugar de la madre. Para la paciente la deshonra era vista en el plano de la desobediencia y sumisión ante la madre,

sin embargo me parece que el sentimiento de culpa se presenta precisamente por la devaluación que hace de su madre, es como si dijera: “tú no puedes hacerte cargo...yo sí”.

La línea interpretativa surgió en el marco de la supervisión, donde los conocimientos de mi compañera respecto a las diversas interpretaciones de los escritos bíblicos ponían de relieve el significado de que honrar pudiera ser visto como hacer algo honroso con la propia vida y no una forma de obediencia incuestionable.

También podemos hacer referencia a lo dicho por Dolto respecto a la perversidad de los padres cuando se le educa al niño en la idea de que debe proporcionarles placer y satisfacción. En opinión de Dolto, los padres no están allí para ser amados sino para proveer al desarrollo del hijo. “El mandamiento bíblico reza <<Honrarás a tu padre y a tu madre>>; no es casual que su texto no estipule <<Amarás a tu padre y a tu madre>> Dolto no deja de repetir que los padres tienen todos los deberes y ningún derecho, ni siquiera el de ser amados” (Liaudet, 2000)

Me parece que esto nos llevaría de pensar que de forma inversa en que los hijos no tendrían la obligación de amar y buscar la satisfacción de los padres, el respetar no significa que se deba estar de acuerdo con ellos, lo que procuraría un sentido de libertad de pensamiento y acción. Sin embargo en la paciente el amor que siente por sus padres la coloca en el plano edípico queriendo conservarlos sin poder decidir.

Queda la pregunta o en mi caso la afirmación de la necesidad de que el analista o terapeuta tenga el mayor conocimiento cultural posible que le ayude a desmitificar aquellas certezas culturales que en la sociedad pudieran parecer incuestionables.

## 2. “Triangulación, celos y rivalidad Edípica”

Dentro de un modelo explicativo evolutivo “El histérico ha llegado a un punto del desarrollo que supone la integración de objetos casi totales; estrictamente hablando con exclusión de lo genital.” (Paz, Psicopatología y sus Fundamentos Dinámicos, 2004) Los padres son concebidos yo como pareja, con relaciones entre sí, excluyentes del tercero y suscitadoras de celos,...respecto al objeto único se albergan las fantasías más regresivas de la pareja combinada y los afectos a predominio tanático, no libidinal (celos envidiosos). (Paz, Psicopatología y sus Fundamentos Dinámicos, 2004)

En el material siguiente podemos encontrar una escena dónde la madre de la paciente la pone cuando niña a la altura de una mujer que podría detener a un hombre. La madre sintiéndose incapaz de mantener a su pareja a su lado hace un intento fallido de que sea la hija quien lo detenga esto lo podemos constatar en la siguiente viñeta.

*Paciente: Cuando mi papá se fue de la casa ellos habían peleado y el bajó con sus maletas, mi mamá me agarró de la mano y me puso en la puerta, no sé para qué? Como si quisiera que yo lo detuviera, pero él se fue...se fue con su amante.*

**Sesión #27 1/12/2010**

Nacio (2008) menciona que la paciente histérica se identifica incluso con la fractura de una pareja y encarna la insatisfacción que dicha ruptura aflige y que en éste conflicto siempre ocupará el lugar de excluido y dicho lugar explica la tristeza.

“El el caso más simple es el de la <<identificación histérica con el rival afortunado>>, es decir, con una persona a quien el paciente envidia y cuyo lugar ha querido ocupar desde el

comienzo” (Fenichel, 2009) En la paciente al sufrir una ruptura amorosa, surgen estos recuerdos de cuando su padre se fue de la casa para ir a vivir con su amante, identificada con la madre que es abandonada, se reactiva en ella el no poder mantener a un hombre a su lado y ser reemplazada por otra al igual que la madre. Así mismo vive el que su padre tenga otras hijas como una sustitución de ella por otras. La invade el odio y el resentimiento y se muestra como una pequeña mujer ofendida que rivaliza con la amante y con las otras hijas del padre.

*Paciente: Cuando yo era niña mi papá dejó a mi mamá porque se fue con otra.*

*Terapeuta: Qué edad tenías?*

*Paciente: Cómo 3 años, mi hermana tenía unos meses. Yo pienso que eso me afectó mucho cuando veo a mi papá no me llevo bien con él, antes peleábamos mucho, ahora ya no le digo nada.*

*Terapeuta: ¿Por qué peleaban?*

*Paciente: Yo creo que yo estaba muy enojada con él, porque se fue con otra y tuvo otras hijas 2, bueno, también tiene otra hija con otra mujer. Además mi papá me dice cosas muy feas, me dice que fea estas y cosas así.*

*Mi mamá nunca se volvió a casar, bueno ni siquiera están divorciados, solo están separados, pero yo creo mi mamá tuvo la culpa de que yo estuviera tan enojada, porque ella siempre me decía cosas de mi papá, que él se había ido con otra y así, como que siempre me ponía en medio y cuando mi papá iba por nosotras para salir con él yo me portaba muy mal.*

*Terapeuta: ¿Qué es lo que sientes que tu papá te hizo a ti como hija?*

*Paciente: Pues que dejó a mi mamá y que tiene otras hijas.*

*Terapeuta: ¿Conoces a tus hermanas?*

*Paciente: Una vez las vi de lejos, pero no me interesa conocerlas, nunca he tenido ganas de conocerlas. En una ocasión cumplía años mi abuelito y hicieron una fiesta y nos íbamos a tomar una foto familiar, mi mamá pues no iba a salir en la foto porque están separados pero cuando nos íbamos a poner para la foto, estaban sus hijas y yo me enojé como podía hacernos eso, así que me fui, yo le echo la culpa a la otra mujer que por ella mi papá se fue.*

*Desde que terminamos mi novio y yo siento que todo esto se me ha estado viniendo a la mente, como que yo ya pensaba que lo había superado, pero ahora me acuerdo mucho.*

**Sesión #1 19/05/2010**

Freud en 1893 plantea que el paciente histérico padece por la mayor parte de reminiscencias, ciertos eventos que ocurren en la vida infantil del paciente producen efectos durante años, el dolor psíquico se reactiva en un momento posterior.

La fijación histérica principal en este nivel del desarrollo supone que el núcleo fundamental de las fantasías continúa existiendo la fijación edípica en su vigencia original. (Paz, Psicopatología y sus Fundamentos Dinámicos, 2004) Es por eso que en diversas situaciones surgen los celos y la rivalidad. En el siguiente fragmento de viñeta podemos observar las fantasías que se desprendían de dichos celos.

*Paciente: a veces me pasaba mucho tiempo pensando e ideando la forma en que podría hacerle daño a esa mujer o sus hijos, hasta pensaba en la forma en que podría matarlos.*

**Sesión #14 1/09/2010**

La paciente recurría a la fantasía donde se conformaba con pensar e imaginar aquello que no podía realizar, de esta manera podía amortiguar su enojo y celos respecto a la familia que había formado su padre, resentida al igual que la madre ocupando un lugar de excluida y sustituida por quienes en su fantasía ocupaban el lugar que ella debía tener. Peleaba con el padre y fantaseaba con deshacerse tanto de la pareja del padre así como de sus medias hermanas.

Para la paciente eran frecuentes las escenas donde ella jugaba un papel unificador entre los padres ó mejor dicho como quien podría reunirlos quizá como una forma de compensar lo que en la fantasía podría haber sido que sus deseos hacia el padre fueran la causa de su separación. Narraba momentos donde ella se recordaba en medio de los pleitos como si su mamá la usara para evitar que el padre la golpeará y en algunos paseos pensaba que con su presencia evitaría una discusión entre los padres.

*Paciente: siempre me han puesto en medio, y yo era muy chica no podía hacer otra cosa más que ponerme del lado de mi mamá, pues con ella es con quien vivía, bueno con ella es con quien vivo.*

*El sábado vi a mi papá porque nos invitó a salir y dijo que podía venir mi mamá, que la invitara; yo no quería ir, pero mi mamá preguntó que si yo iba a ir, entonces dije que sí, porque ya sé que si yo no voy entonces mi mamá va a decir que no va. Voy porque yo quiero que ella vaya, entonces fui pero estaba muy tensa.*

*Terapeuta: ¿Por qué?*

*Paciente: Porque tenía miedo que se pelearan, que comenzaran a discutir, pero no, estuvo tranquilo no pelearon.*

**Sesión #5    16/06/2010**

La idea de que si la paciente no se encuentra presente cuando los padres están juntos, pudiera ser que dentro de ella la fantasía fuera que al no estar los padres podían tener un encuentro amoroso visto desde una óptica infantil como un pleito, acción agresiva como una escena primaria entre los padres. Al estar ella presente, no pelean...no están juntos, de alguna forma los separa. Además por otra parte, si la madre no va, sería estar a solas con el padre y con su hermana menor, escena por demás incestuosa cargada de angustia para el yo de la paciente.

La elección de su profesión se vio también influida por esta rivalidad donde en un primer momento pensaba en estudiar lo mismo que el padre, “Sucede a veces que una mujer cuya histeria se debe a su complejo de Edipo hace una identificación no con su rival, que es la madre, sino con su amado padre” (Fenichel, 2009), se puede ver este movimiento en la paciente, sin embargo, después cambia de opinión eligiendo la carrera de Leyes con la cual piensa podría debatir con mayor facilidad las disputas, lo expondremos a continuación en la siguiente viñeta donde también se muestra la constante insatisfacción.

*Paciente: No me gusta mucho mi carrera, a veces no sé porque la estudié, yo siempre quise estudiar medicina, yo siempre decía que quería ser doctora, ja ja y todavía no se me quita de la cabeza, a veces pienso...porque leyes, por qué estudié eso? Yo creo que por mi papá, no sé como teníamos muchos pleitos, pues era como que para aprender a defenderme de él, así que entré y me gustó, además pues allí conocía a Joel y pues me quedé. Me gusta de leyes lo del derecho mercantil y pues voy a hacer algo de eso., así que estoy contenta.*

**Sesión #11    11/08/2010**

La rivalidad y los celos se presentaban en las relaciones que la paciente establecía, desde la rivalidad con la madre a quien la paciente devaluaba y buscaba superar en todo momento posible.

*Paciente: Siento que ella no puede hacer nada, que para todo yo tengo que decirle <<mamá esto es así o así>>, no puedo creer que yo que tengo menos edad que ella y que tenga más capacidad para ver qué cosas están bien o mal. Mi mamá por ejemplo si sale un perro en la calle, ella me pone adelante para cubrirse del perro, cualquier madre, bueno yo pienso que cualquier madre por instinto se podría adelante para cuidar a su hija, mi mamá no, ella me pone a mí. Una tía le dice a mi mamá que ella siempre se apoya en mí, y mi mamá dice es que Diana es mi fuerza.*

**Sesión #10 4/08/2010**

Como hemos visto no solamente la madre era objeto de esta rivalidad, todas sus relaciones siempre se encontraban salpicadas de este elemento, rivalizaba con otras mujeres, la pareja de su padre, sus hermanas, etc. siempre en relaciones triangulares donde al final queda excluida sintiéndose humillada, sola y triste cómo podremos observarlo en el siguiente discurso de la paciente.

*Paciente: Hablé con Joel, el miércoles después de salir de aquí, le llamé y le dije que quería hablar con él, me dijo: hoy no puedo, pero mañana voy a tu casa. Fue a mi casa y le dije que no sabía cómo había sido capaz de hacerme lo que me hizo?(me dejó por otra), yo siempre estaba dispuesta a estar con él. Le dije que me había dolido mucho haberme*

*tenido que enterar sola, que él no había tenido los pantalones de decirme, y que mientras yo estaba llorando y sufriendo sola él estaba muy contento yendo a visitar a la otra chava, porque es de fuera de aquí. Lo único que me dijo, fue: no tengo nada que decirte, tienes razón en todo lo que dices. Yo quería que me discutiera, que me dijera, no fue así, o todavía te quiero, pero no, hasta cierto punto me sentí humillada, porque le pregunté si todavía sentía algo por mí, y me dijo; Diana tú sabes que yo te quiero mucho, yo le dije, yo sé que me quieres mucho pero como amiga, yo no me refiero a eso, ¿sientes algo más por mí? No, me dijo NO. Y luego hubo algo que me dio mucho coraje, pues me dijo: esto es difícil para mí, pero entiendo que es más difícil para ti. Eso me cayó muy mal, y pensé, pues quien te piensas tú que eres? , y pensé... pues con quién he estado toda mi vida? Y todavía lo quería besar, y como me cayó gordo, le dije que sus amigos a los que él les tiene confianza, me han estado invitando a salir, se molestó mucho y me estuvo preguntando, dime ¿quiénes? ¿Quiénes? Son con los que yo he salido a tomar?, yo le dije, no te voy a decir, eso es mío y no te lo voy a decir. Solamente le dije de uno, y de los demás no, como yo lo quería besar, le dije: te va a costar si quieres saber, un beso por cada nombre. Y no aceptó. Me siento bien de haberle dicho muchas cosas y haberle dado celos, pero a la vez me siento un poco mal, me sentí como rogona, aunque creo que ahora cuando lo vea ya no me voy a poner nerviosa. Va a ser diferente.*

**Sesión #21 20/10/2010**

La paciente sintiéndose desplazada y devaluada al lugar de “amiga” se envuelve en una escena de celos donde le procura a él aquello que ella ha sentido. “El problema del histérico no es el complejo de Edipo sino un defecto en su resolución, por lo que se mueve en la problemática Edípica fracasada, de ahí la agresión y la vivencia de inautenticidad que se suscitan cuando manifiestan bondad o ingenuidad; el rigor, en tanto histéricos, se manejan

en un círculo de objetos tentadores, excitantes y peligrosos.” (Paz, Psicopatología y sus Fundamentos Dinámicos, 2004). Las relaciones triangulares cargadas de celos y rivalidad serán una constante en la forma en que la paciente histérica establece sus vínculos y que tienen su fuente de origen en la forma en que se establecieron los vínculos en dicho complejo de Edipo.

### **3. “En el arcón del olvido”**

Debido a que la represión juega un papel importante en la etiología de la histeria, Freud la llamó histeria de defensa, en el material de las viñetas que presentamos a continuación vemos como la paciente muestra una imagen como de un arcón de recuerdos que vamos desentrañando poco a poco en el curso de las sesiones.

En la histeria el principal mecanismo que se utiliza es la represión, apartar de la conciencia la representación inconciliable efecto mismo de la censura, Freud encontraba que el enfermo en un primer momento de forma consciente hacía un esfuerzo de desalojo sin embargo, la huella mnémica de la representación reprimida o forzada al desalojo, no ha de ser sepultada, sino que en lo sucesivo va constituir el núcleo de un segundo grupo psíquico que se irá engrosando por otros momentos. “Mientras esta representación penosa permanezca apartada –es decir, reprimida-, el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno larvado”. (Nasio, 2008).

Una manera común en que el sujeto intenta de defenderse de los aspectos dolorosos de la vida es intentando olvidarlos, podemos encontrar en el siguiente material que siguiendo las

cadena asociativas e invitando a la paciente a abrir en vez de cerrar llegue a tener acceso al material inconsciente.

Además podemos advertir que en la paciente la ruptura amorosa implicaba un proceso de duelo, Laplanche expone que en dicho proceso implica un proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto. Para la paciente dicho proceso incluía ir recuperando aquello que le había dado a su novio y que ahora intentaba recuperar.

*Paciente: Pues por fin después de 1 mes y medio Juan me entregó mis cosas, lo vi y me las entregó, me da mucha tristeza, cuando lo vi, según yo no iba a llorar, pero al verlo me vuelve a brotar toda la ternura que siento por él, todo el amor que siento, lo quiero mucho yo lo amo, le dije que yo lo que siento por él es amor, que no es costumbre porque tenemos tiempo sin verlo y lo sigo queriendo mucho. Él no me quería dar las cosas, pero pues son mis cosas y yo las quiero tener, son parte de mi vida.*

*Terapeuta: ¿Qué cosas te regresó?*

*Paciente: Era un oso de peluche que yo le regalé, un pergamino donde decía cuanto lo quería, unas cartas y una carta que le escribí cuando ya habíamos terminado.*

*Terapeuta: ¿Las leíste?*

*Paciente: No, eso sería demasiado para mí, sería mucho sufrir, lo que voy a hacer es ponerlas dentro de una caja y sellarla con una cinta, ya tengo la cinta, la voy a cerrar la voy a guardar así en el closet, bien cerrada y no la voy a volver a abrir. Yo siento que lo quiero mucho, aún con lo que me hizo, siento que nunca había hecho algo así por ninguna persona, de quererlo y aceptarlo con sus fallas errores.*

*Terapeuta: ¿A mí me parece que ya lo habías hecho antes?*

*Paciente: ¿Con quién? Se queda en silencio un momento y dice: con mi familia, sí, porque a mi hermana ya nos volvimos a hablar, ya ve que le había dicho que nos peleamos, pues teníamos como 2 semanas que no nos hablábamos, pero yo estuve dando clases en un DIF por 2 semanas, tenía muchos niños de entre 7 y 10 años imagínese como le iba a hacer, y le dije a mi hermana que si me ayudaba, y me dijo que sí, yo sabía que allí nos íbamos a volver a hablar y si, ahora ya nos hablamos. También he estado viendo a mi papá lo dejé de ver como por 2 o 3 semanas, pero ya salí otra vez con él, pues es que es mi papá y pues a mi mamá pues creo que ella no me debió poner en contra de mi papá cuando era niña.*

**Sesión #10 4 /08/2010**

Pareciera como si la paciente dentro de un proceso de duelo al recuperar sus cosas intentara recuperar la libido que había sido depositada en el objeto amoroso. Sin embargo la salida a el dolor de esta pérdida pone en evidencia el mecanismo de un intento de desalojo que nos hace pensar que es una forma de defensa que la paciente ha utilizado con anterioridad posiblemente en aquellas pérdidas previas; la imagen de una caja cerrada y sellada asegurada con cinta sin una vista previa de las palabras escritas que le recuerden el amor profesado parecieran como la imagen del proceso psíquico represivo.

El asegurarle que esto ya lo había hecho antes, desata la cadena asociativa que la lleva a descubrir un recuerdo que tiene las características de aquellos recuerdos anunciados por Freud que se presentaban en las pacientes histéricas con una escena de seducción por parte de un adulto o persona mayor ya sea real o fantaseados y que en frecuentes ocasiones constituyen el núcleo del fenómeno patógeno.

Paciente: *Ahora con Juan, me siento mal porque mis amigos me dicen que ya lo olvide, que no piense en el, pero yo creo que las cosas no son tan sencillas, así de olvídale y ya, ya han pasado 6 meses desde que me terminó, y todavía siento ese amor por él, yo creo que no es así de sencillo. Ya guardé la caja con las cosas la tengo bien cerrada, le puse cinta y varias veces y la metí en el closet.*

Terapeuta: *Yo me pregunto... ¿qué otras cosas que te han sido dolorosas de tu vida las has guardado como esa caja, cerradas y selladas donde no las veas? a mi me parece que a diferencia de lo que tú hiciste con esas cosas y esa caja aquí de lo que se trata es de abrir y sacar aquello que has dejado guardado.*

Paciente: *se queda en silencio y dice: pues yo creo que hay varias....hay una que no se si sucedió o no, me da mucho miedo pensar que sucedió porque es un recuerdo muy vago, en casa de mi abuelita éramos 5 primos, 2 primas de 7 años 2 primos como de 9 y yo que tenía 4 años, yo era la más chica y jugábamos juntos y hace poco una prima dijo que uno de los primos la había tocado cuando niños, se hizo un escándalo, unos no le creyeron, otros si le creyeron pero la mayoría no le creyeron, cuando yo me enteré me asusté mucho y ya no quise preguntar más de que le había hecho, me asusté porque se me vino como un recuerdo de que estábamos jugando y que él me acorraló en una esquina como que me quería besar o algo así, no recuerdo más, me da miedo pensar que pasó algo más.*

Terapeuta: *¿Por qué?*

Paciente: *Porque me sentiría ultrajada, a veces me dan ganas de platicar con mi prima, tal vez ella se acuerde o sepa más pero me da miedo que si haya pasado algo más. Esa vez que me acorraló estábamos jugando como a la familia y en una esquina se me puso así en frente. No puedo decírselo a nadie, pues a quien le decía, ya mi mamá tenía bastante, y*

*ahora que esperanzas que lo diga, mi mamá a como es va y lo golpea. Yo no creo que mi prima haya mentido.*

*Alguna vez creo que se lo comenté a Juan y él me decía que no quería ni que lo saludara, incluso casi no iba a casa de mi abuelita con tal de no topármelo. El ahorita ya está casado y tiene un hijo, pero incluso ahora como que siento miedo al saludarlo.*

*Terapeuta: ¿Crees que esto te haya afectado de alguna manera?*

*Paciente: No sé....(silencio)...tal vez en como soy de que no quiero tener relaciones, porque con Juan había el deseo pero no, ¿cómo lo iba a hacer?*

**Sesión #11 11 /08/2010**

Reprimir quiere decir “aislar” “La razón esencial de la histeria es, por lo tanto, el conflicto entre una representación portadora de un exceso de afecto, por un lado, y, por el otro, una defensa desafortunada –la represión- que hace aún más virulenta la representación. La represión, cuando más se ensaña con la representación, más la aísla y más peligrosa la vuelve”. (Nasio, 2008) Abrir la caja, el arcón de sus recuerdos, nos permitió tener acceso éste recuerdo infantil, cargado de sensaciones que se repetían en diversas situaciones donde ella volvía a sentirse acorralada paralizada como de niña en aquel momento.

#### **4. “Cuando se puede... yo no puedo”**

La vida de la paciente se encontraba marcada por el dominio de la insatisfacción en diferentes áreas de su vida, recordemos la viñeta donde ella habla de carrera profesional, diciendo “no me gusta, por qué estudié esto... tal vez debí estudiar otra cosa” ó cuando habla de la madre respecto a que no encuentra ninguna casa que le guste, a la vez la

paciente habla de su propia insatisfacción, pero es en la elección pareja donde se muestra de forma clara como es que ella misma parece entretejer una novela para no sentirse satisfecha aferrándose a su sufrimiento como en un lugar cómodo e incómodo a la vez. “En la histeria, el sujeto se aferra a su sufrimiento porque le recuerda el chock de la seducción, permaneciendo de este modo fiel al rastro mnésico del encuentro con el objeto, entregado al erotismo doloroso de la pérdida y de la espera” (André, Lanouziere, & Richard, 2001)

*Paciente: Por otro lado, conocí a un chavo, todo por internet, bueno, a él lo conocí la vez que fui a una fiesta en un rancho con unos amigos, ese día platicamos muy poquito, pero ahora hemos estado hablando por la computadora y me dice cosas muy lindas, << de: ay qué bonita!>> así y yo le sigo, también le digo cosas, hasta una vez me dijo: que a ver si un día nos besábamos...y yo le pongo que si...y le sigo. Entonces el otro día fue a mi casa y estuvimos platicando muy padre, pero cuando ya casi se iba, se me acercó para darme un beso pero yo no pude, no pude besarlo.*

*Terapeuta: ¿Por qué no?*

*Paciente: Porque no es mi novio, ni nada, no pude, después le pedí disculpas, porque me sentía mal ahora así que como dicen: <<prendí el boiler y no me metí a bañar>> hasta mi hermana de 15 años me dijo: <<hay Diana, es un beso nada más>>, además también pienso que si quiero a Juan todavía, pues como me voy a estar besando con otro, pienso <<que van a pensar de mi>> no quiero ser una zorra, me siento que está mal que me bese.*

*Terapeuta: ¿Qué significa para ti ser una zorra?*

*Paciente: Pues alguien que se besa con uno y con otro ó que tiene relaciones sexuales. Yo veo a mis amigas como a veces me cuentan que se emborrachan y que se besaron con alguien, y yo no, y eso me hace me sentir bien como que yo tengo otro nivel, además como*

*que yo quiero ser diferente, diferente a todas las otras, no que digan <<hay mira es igual que cualquiera>>. Sino que yo sea distinta.* **Sesión #10 4/08/2010**

La seducción y el coqueteo están presentes en la paciente siempre que se encuentre a distancia de la realización, al momento de acercarse a tener un encuentro sexual más íntimo, se retrae pone de excusa que no es su novio ó que será vista como una zorra. Su ideal del yo le indica que ella debe estar en una escala superior pero esto la mantiene en un lugar intocable y por lo tanto imposibilitada a acceder a sus deseos sexuales manteniéndose en un lugar que le asegura la insatisfacción.

“La persona histérica no se resigna a la ausencia de amor, a la vez que rechaza las ocasiones reales de amar y de ser amado, dividido entre el fantasma de seducción y la angustia depresiva de la pérdida del amor del objeto, lo que lleva a veces a encerrarse de modo duradero en un dolor psíquico y somático a la vez” (André, Lanouziere, & Richard, 2001). En la relación que tenía con quien ella nombraba “el chico malo” parecía amenazante ya que era con quien se sentía más cercana en cuanto a que se sentía escuchada y aceptada por él, en ellos había una atracción que la paciente se empeñaba en opacar dándole importancia a la novia de este chico a la que él mismo no veía como un obstáculo y que incluso llegó a terminar, pero cuando él se encontraba libre de compromiso Diana se alejaba.

*Paciente: también hay un chavo el que te había comentado que se viste así todo roquero como que “malo”, y me atrae mucho, jajaja, como que me atrae eso, pero tenía novia, después ya no, y ahorita creo que si tiene novia, la verdad no sé..., él me dice que si ve que yo me le ponga así como seduciendo que va a besarme, que él no se va a detener. A veces*

*me dan ganas de darle un beso, pero pues pienso que “tiene novia”, para él, eso no es un impedimento, se que a él eso no le importa.*

**Sesión #10 4 /08/ 2010**

“La imposibilidad neurótica para desarrollar una relación satisfactoria con otra persona se ve de este modo radicalmente negada por la apropiación mimética de una imagen parcial del otro: la identificación histérica apunta, la mayoría de las veces, no al objeto, sino a una representación deformada sustitutiva de éste (A. Green, 1993)” (André, Lanouziere, & Richard, 2001)

El siguiente material muestra como la paciente establece el vínculo con un joven a quien lo apoda “el Beato” ya que él le manifestaba tener fuertes convicciones religiosas y buscar el celibato hasta llegar al matrimonio. Pareciera que el atractivo de este joven reside en gran parte en que la pone a distancia de una relación íntima y amorosa.

*Paciente: se acuerda del chico vecino de mi abuelita, que le comenté que me gusta mucho, Alejandro, me siento muy atraída por él, no que lo ame o que lo quiera, pero, me gusta mucho físicamente, y pues estuve platicando con el por el chat, y le dije que me sentía atraída por él. El me dijo, no, como me dices eso, yo quiero que me veas como un amigo, mira vamos a ser amigos, porque por ahora yo estoy dedicado a Dios y yo no decido quien va a ser mi novia, es Dios quien lo decide, yo digo, y que le va a llamar o ¿cómo le va a decir? Es que él dice que cuando tenga novia que con ella se va a casar. Eso como que no me agrada, porque yo lo que quiero es divertirme.*

**Sesión #23 3/11/2010**

Paciente: *Me doy cuenta de que cuando se puede, no puedo. Ahora el beato, así es como le digo, me llamó y me dijo que no deja de pensar en mí, que me quiere ver que a ver si nos vamos a tomar un café...y yo perdí el interés, siento que pasó de moda, así digo yo, como que pasó de moda. Si me sigue atrayendo, porque está muy guapo, pero también digo, para qué? Me da cosa me siento mal, porque siento que lo estoy desviando del buen camino.*

Terapeuta: *¿Cuál es el buen camino?*

Paciente: *Pues Dios, el celibato. Además por cómo ve las cosas él, pues yo no quiero casarme, cada vez siento que estoy más alejada de esa idea, pero por otro lado, tengo muchas ganas de besar, incluso de tener relaciones sexuales, pero no puedo. ¿Por qué no puedo?*

**Sesión #24 10 /11/ 2010**

En esto momento la paciente podía hablar de sus deseos de tener relaciones sexuales, sin embargo con quien las deseaba era con alguien que ella sabía no las tendría. Sentía deseo de tener relaciones y culpa por desviarlo del buen camino. Finalmente vuelve a una relación donde no llega a nada que no sea la insatisfacción.

En una ocasión habló incluso de una fantasía que tuvo al ir caminando por la calle donde pensó que podían secuestrarla y violarla; pareciera como si esa fantasía que contiene elementos de la parte bisexual presente en la construcción del sujeto, le proporcionaba la idea de desresponsabilizarse por la pérdida de la virginidad tan valorada en ella y de esa manera poder iniciar una vida sexual. Vida sexual adulta envidiada permitida solamente para los hombres, vetada para las mujeres que deben esperar, no desear y llegar castas al matrimonio. Sufriendo y llorando en este valle de lágrimas para alcanzar el cielo.

Paciente: *Los hombres como que se guían por la hormona, yo no sé porque son así, yo no pude ni darme un beso, y si quería, pero como pienso que está mal porque no es mi novio.*

Terapeuta: *o sea que si te hubiera dicho que si querías ser su novia y luego terminaran podrían haberse besado?*

Paciente: *Sí, y se me ocurrió eso, ser novios por un rato solo para poderlo besar, pues es que siento que tengo muy arraigados mis valores, o la religión, desde chiquita cuando empecé a ir a la iglesia, <<si no es tu novio, no>>.* **Sesión #19 6 /10/ 2010**

Los vínculos que la paciente establece se encuentran siempre coloreados por el tinte de la insatisfacción, las ideas religiosas le daban una fuente de justificación en su dificultad de asumir sus deseos. La paciente mantiene una lógica de tentativas de acercamiento y seducción, pero se retracta y se queja. Nuevamente esto la deja en medio como si ahora ella misma marcara su destino en medio de la escalera sin poder llegar a ningún lado que no sea el estar insatisfecha.

En las cuatro categorías descritas hemos podido exponer y analizar las vicisitudes de la construcción del Superyo como heredero del complejo de Edipo y la problemática triangular con la cual la paciente tiñe sus relaciones cotidianas además de mantenerse de forma inconsciente en una lógica de constante insatisfacción.

## CAPÍTULO 5

## CONCLUSIONES

El estudio de caso expuesto nos deja ver cómo la paciente que se encontraba enfrentando una ruptura amorosa llega a pedir consulta pretendiendo que yo la ayudara a olvidar, sin embargo al permitirle a través de una escucha basada en el modelo psicoanalítico desarrollar la regala fundamental de la libre asociación fue encontrando cómo es que el duelo actual la remitía a un duelo anterior que había quedado fijado en un momento estructurante de su vida.

La paciente dentro del proceso terapéutico fue encontrando algunos elementos fundantes de su problemática actual. Las ideas religiosas como elementos del Superyo, le servían de guía de sus ideales y a la vez cómo censura moral que le procuraban en ella fuertes sentimientos de culpa y justificación para tener un libre acceso a una sexualidad genital satisfactoria. La identificación con la figura materna marcaba un destino de constante insatisfacción.

Dentro de las cuatro categorías descritas pudimos encontrar entrelazados los elementos constitutivos y la forma de funcionamiento psíquico basado en la represión y en la triangulación Edípica que caracterizaba sus relaciones cotidianas y de pareja.

La poca información obtenida respecto a la vida de sus abuelas y la relación con la madre en los primeros años de vida, nos impide poder esclarecer aún más respecto a los mecanismos de introyección de la paciente, sin embargo pudiéramos pensar que dichas relaciones poco afectivas dejaron marcas en la paciente que se mostraban en las sensación de tener una madre a quien ella tenía que cuidar y guiar deficiente en cuanto a poderle procurar una estabilidad interna que le hiciera sentirse cobijada en los momentos dolorosos de su vida.

La transferencia que se desplegó fue positiva y cálida, dentro de un marco de confianza mutua, personalmente me siento agradecida por haber podido acompañarla en sus descubrimientos, sin embargo me hubiera gustado poder continuar por un tiempo mayor haber podido llevar a la paciente a un proceso analítico más profundo.

Las enseñanzas que de este caso me quedan son grandes y formarán parte de mi historia como terapeuta. La realización de ésta tesis me ha instruido en la forma de exposición de un caso clínico de corte psicoanalítico que me servirá para posteriores momentos e incluso más adelante poder profundizar en cada uno de los elementos constitutivos de un determinado cuadro clínico cómo en este caso la neurosis histérica.

Por último quiero agradecer a la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica y a cada uno de los maestros que despertaron inquietudes que me han llevado a la búsqueda del conocimiento, amplio e inagotable. También a mis supervisores que me ayudaron a poder solidificar y sustentar teóricamente mi desempeño clínico, así como acrecentaron mi deseo de conocer cada día más. Me es muy grato darme cuenta de que con cada tema visto se abre un mundo de posibilidades teóricas y técnicas que dan sustento a la praxis.

## Bibliografía

- André, J., Lanouziere, J., & Richard, F. (2001). *Problemática en la histeria*. Madrid: Síntesis.
- André, S. (2002). *¿Qué quiere una mujer?* México, D.F.: Siglo XXI.
- Dor, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Etchegoyen, H. R. (2005). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fenichel, O. (2009). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. ((1895 [1894])). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893-1895). Señorita Elisabeth von R. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y ciertas psicosis alucinatorias). En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). Sobre la Iniciación del Tratamiento. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1996). Analisis Fragmentario de una Histeria (Caso Dora) 1901 (1905). En S. Freud, *Obras Completas* (págs. 932 - 1002). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1996). Estudios sobre la Histeria (1893). En *Obras Completas* (págs. 39-51). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En F. Sigmund, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación*. Perú: Mc Graw Hill.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Liaudet, J.-C. (2000). *Dolto para padres*. Barcelona: Debolsillo.
- Muñiz, M. (., & Rojas, M. d. (2008). *Perspectivas de la Psicología Clínica*. Monterrey: Universidad Autónoma de San Luis, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Muñiz, M., & Vanegas, G. (2011). *Manual de Anteproyecto. Estudio de Caso*. Monterrey: Facultad de Psicología UANL.
- Nasio, J. D. (2008). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidós.
- Paz, J. R. (2004). Cuadros Clínicos - Histeria de Conversión. En *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. (págs. 180-191). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Paz, J. R. (2004). *Psicopatología y sus Fundamentos Dinámicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pérez Rincón, H. (2011). *El teatro de las histéricas*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.