

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**



***“ENTRE EL AMOR, LA INSATISFACCIÓN Y EL DESEO.  
LA TRANSFERENCIA COMO LA PUESTA EN ESCENA DEL  
ACTO ANALÍTICO”***

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO COMO REQUISITO PARA  
OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA  
PSICOANALÍTICA**

**PRESENTA:  
LIC. JOSÉ CARLOS LLANES SÀENZ**

**DIRECTOR DE TESIS:  
DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE**

**MONTERREY, N.L.**

**JUNIO 2013**

## **DEDICATORIA**

A mis padres por darme la vida y por apoyarme en mis locuras. A mis maestros y supervisores que con sus enseñanzas y regaños han contribuido a mi formación. A mis amigos con quienes he pasado y seguiré pasando momentos felices, amargos y gratos, pero nunca indiferentes a su lado. A mi analista, quien me ha acompañado en esta duro recorrido. A mis alumnos y supervisados, quienes me dejan compartirles un poco de lo que me suponen que sé.

Dedico esta tesis especialmente a mi Madre, quien con su perseverancia académica ha servido de ejemplo para mi continua superación; a Karla, quien me enseñó que hay cosas más allá de nuestras fronteras; a Elena, quien siempre me dio su confianza; a mi sensei y director de tesis Dr. Guillermo Vanegas, quien me dio la oportunidad de trabajar con él y de acceder a este lugar en el que me encuentro ahora.

Y a todos aquellos que *ya no creen más en sus neuróticas...*

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por ser mi *alma máter*, a la Facultad de Psicología por ser el espacio de mi encuentro con el Psicoanálisis, al Director de la misma Dr. José Armando Peña Moreno por el apoyo para la culminación de este trabajo, a los maestros José Cruz Rodríguez Alcalá y Arnoldo Téllez López quienes cada quien en su turno como Subdirectores de Posgrado me apoyaron para cursar la maestría. A Elenita, Marygera y Odila por su orientación y apoyo en las aventuras administrativas.

A Karla, Elena, Lety, Melina, Jessy, Cachi, Gaby, Grace, Mony, Gera y Jerome por su amistad y acompañamiento en las buenas, en las malas y en las mejores.

A mis supervisoras Celia Guerra, Nilda Salazar y Mónica Santos por su escucha, por sus apuntes y por tolerar mis silvestradas.

A mi Director de tesis Dr. Guillermo Vanegas por sus consejos e indicaciones para concluir con este proyecto y por su apoyo para mi continua formación psicoanalítica.

A mis revisores de tesis Dr. Manuel Muñiz y Mtro. Alejandro Moreno por sus correcciones y opiniones sobre mi trabajo.

A mis maestros David Flores y Patricia Zavala, quienes desde licenciatura me marcaron con sus enseñanzas para entrarle y seguir en el juego psicoanalítico.

A los maestros Juan Litmanovich, Carmen Hernández, Laura Acosta, Graciela Navarro, Martha Sánchez, Marina Duque, Edith Pompa y Blanca Montoya por sus clases durante mi paso por la maestría.

A los maestros Rolando Karothy y Felipe Flores, por sus charlas tan amenas y por los seminarios en los que estuvimos conviviendo en estos últimos meses, ya que sin duda fueron partes fundamentales para la culminación de este trabajo.

A mis alumnos, por enseñarme tanto y por acompañarme en este viaje.

Al *Herr Professor* vienés Dr. Sigmund Freud, cuyo legado le ha dado propósito a mi vida, donde quiera que se encuentre le doy las gracias maestro.

Y por último pero no menos importante, agradezco a mis pacientes, quienes gracias a sus ocurrencias y asociaciones que no me dejan de sorprender, hacen que mi pasión por el Psicoanálisis siga viva.

*“Entre el amor, la insatisfacción y el deseo.  
La transferencia como la puesta en escena del acto analítico”*

*“y las palabras son, en efecto,  
el instrumento esencial del tratamiento anímico”  
Sigmund Freud*

*“Todo lo que se hace por amor,  
se hace más allá del bien y del mal”  
Friedrich Nietzsche*

*“Una vida solo puede ser relatada como ficción”  
Marcelo Percia*

*“Hablar de locura de amor es un pleonismo;  
el amor en sí ya es locura”  
Heinrich Heine*

*“Entre el amor, la insatisfacción y el deseo.  
La transferencia como la puesta en escena del acto analítico”*

**Título:**

*“Entre el amor, la insatisfacción y el deseo.  
La transferencia como la puesta en escena del acto analítico”*

## ÍNDICE:

	Página
<b><u>RESUMEN.....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>INTRODUCCIÓN.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>I. ANTEPROYECTO DE REPORTE.....</u></b>	<b><u>12</u></b>
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Objetivo General.....	14
1.3 Objetivo Específicos.....	14
1.4 Supuestos.....	14
1.5 Limitaciones y Delimitaciones.....	14
1.6 Justificación.....	15
<b><u>II. MARCO TEÓRICO.....</u></b>	<b><u>17</u></b>
2.1 Fundamentación Teórica.....	17
2.1.1 Introducción.....	17
2.1.2 Contexto Histórico de la Histeria.....	17
2.1.3 Freud y la etiología de la histeria.....	19
2.1.4 Primeras menciones de Freud sobre la transferencia.....	29
2.1.5 La transferencia analítica.....	30
2.1.6 El amor en el contexto neurótico.....	37
2.1.7 La insatisfacción en el sujeto histérico.....	41
2.1.8 La estructura histérica y sus rasgos de carácter.....	43

<b>III. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....</b>	<b>50</b>
3.1 Método.....	50
3.2 Instrumentos.....	51
3.3 Procedimientos.....	51
3.4 Técnicas y estrategias de Intervención.....	52
3.4.1 Instrumentos para recabar información.....	52
3.4.2 Instrumentos para concientización.....	53
<b>IV. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>54</b>
4.1 Historial Clínico.....	54
4.1.1 Datos generales del paciente.....	54
4.1.2 Resumen general del caso clínico.....	54
4.1.3 Motivo de consulta.....	55
4.1.4 Demanda del tratamiento.....	55
4.1.5 Sintomatología actual.....	56
4.1.6 Impresión diagnóstica.....	56
4.2 Estructura Subjetiva.....	57
4.2.1 Contexto familiar.....	57
4.2.2 Figuras significativas.....	57
4.2.3 Estructuración Edípica.....	61
4.2.3 Eventos traumáticos.....	62
4.2.4 Perfil subjetivo.....	63



<u>4.3 Construcción de caso.....</u>	<u>64</u>
<u>4.3.1 Histeria, cuando el cuerpo habla por <i>Anna</i>.....</u>	<u>64</u>
<u>4.3.2 Lo que Edipo dejó en el camino.....</u>	<u>68</u>
<u>4.3.3 Amor, insatisfacción y deseo, el lugar de <i>Anna</i> respecto a los otros.....</u>	<u>70</u>
<u>4.3.4 La puesta en escena y lo revelado de la transferencia.....</u>	<u>74</u>
<u>4.3.5 Síntesis y comentarios.....</u>	<u>75</u>
<b><u>V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....</u></b>	<b><u>77</u></b>
<u>5.1 Síntesis clínica y conclusiones.....</u>	<u>77</u>
<u>5.1.1 Síntesis de la intervención clínica.....</u>	<u>77</u>
<u>5.1.2 Discusión y conclusiones personales.....</u>	<u>78</u>
<b><u>REFERENCIAS.....</u></b>	<b><u>81</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFÍA.....</u></b>	<b><u>84</u></b>

## RESUMEN

El presente estudio de caso consiste en plasmar algunos de los aspectos trabajados desde la transferencia analítica en un caso de histeria femenina, como lo sería la revelación de las formas de vinculación intersubjetiva de la paciente en cuestión a quien llamaremos *Anna*; dicho sobrenombre no fue escogido al azar por mí, ya que tiene relación con la potencia de la sintomatología con la que la paciente llegó a consulta, es decir, escogí el nombre basándome en uno de los casos más famosos del psicoanálisis: el caso de *Anna O*.

A su vez se darán unas reflexiones acerca del trabajo clínico realizado y se confrontarán con la teoría psicoanalítica, no sólo desde Freud sino también desde algunos autores post-freudianos.

Como materia prima para el estudio de caso se tomó el material recabado en las sesiones de trabajo con la paciente, trabajo que sigue en activo pero que para fines de este estudio se dio un corte en el material para la realización del mismo.

Para la presentación de dichos aspectos se dividió el presente escrito en 5 capítulos que serían 1) Anteproyecto de reporte, 2) Marco teórico, 3) Metodología y procedimientos, 4) Estudio de caso clínico y 5) Conclusiones y discusión.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se ha comprobado que hay hechos que escapan a la comprensión o entendimiento del ser humano, como sería el caso de las llamadas "psicopatologías", diversas posturas teóricas y técnicas se han encargado de tratar de darle un "sentido" y encontrarle una explicación a este tipo de afecciones, pero claro que ha sido complicado para los estudiosos de la materia que traen consigo la bandera positivista y de la explicación causal encontrarse de lleno con el campo de la subjetividad humana, siendo el Método Psicoanalítico y su dispositivo de intervención de los más eficaces para el tratamiento de estos malestares por el lugar que le brinda a la subjetividad propia de cada paciente.

Cuando uno se va adentrando en la clínica psicoanalítica debe de estar consciente de los fenómenos que se pueden presentar durante el trabajo analítico; sucesos que emanan de la combinación del mantenimiento del encuadre analítico con los pilares del dispositivo psicoanalítico: asociación libre, neutralidad, abstinencia y atención parejamente flotante.

Dicho mantenimiento daría como resultado el inicio del proceso analítico, del cual emanaría la *transferencia analítica*, la cual funge como el motor del análisis y paradójicamente también como la mayor resistencia al trabajo analítico. Por lo tanto, podemos decir que la identificación, manejo e interpretación de la transferencia serán los grandes retos que debe afrontar el terapeuta para consolidar su trabajo clínico.

El presente trabajo es realizado con el fin de la obtención del grado de maestría en psicología con orientación en clínica psicoanalítica. Se abordará la temática de la histeria a través del estudio de un caso clínico de una paciente con dicha estructura, la cual fue tratada por mí durante mi estadía como terapeuta en la Unidad de Servicios Psicológicos de nuestra facultad.

El punto más potente de la presente investigación será fundamentar teóricamente la ligazón de la estructura de la paciente con sus relaciones intersubjetivas y cómo se fueron desenmascarando durante el trabajo analítico en relación con el manejo ético y técnico por parte del terapeuta del vínculo transferencial.

## CAPITULO I

### ANTEPROYECTO DE REPORTE

#### 1.1 ANTECEDENTES

Durante años de Historia y de Clínica Psicoanalítica se podría considerar, a mí parecer, a la *Histeria* como la "enfermedad" ideal a tratar con el llamado Método Psicoanalítico, ya que el mismo método surgió en base a los tratamientos e investigaciones que realizaron Freud y Breuer, (1893-95) durante su trabajo en equipo al tratar a diversas pacientes que eran etiquetadas como "histéricas" por sus diversos síntomas a los cuales no se encontraban alguna explicación del orden de la medicina convencional organicista y positivista de la época de finales del siglo XIX. Diría Sladogna (véase en Fernández, 2006): "*Freud inventó el psicoanálisis a consecuencia de escuchar, observar y leer de un "cuerpo" singular, aquel que, para sorpresa de la medicina, generaba líneas de fragmentación que no seguían la anatomía médica; se trataba del "cuerpo" de los síntomas histéricos*".

La Histeria la definiríamos (Laplanche y Pontalis, 1996) a grandes rasgos como: "Clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la *histeria de conversión*, en el cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestias, parálisis histéricas, sensación de "bolo" faríngeo, etc.), y la *histeria de angustia*, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias)."

Aunque el tratamiento para con las "histéricas" se remonta a los tiempos de la antigüedad, y más reciente a la época de Freud (Perrés, 2000) con el tratamiento Hipnótico de Charcot, ciertamente quien realmente le dio lugar a la

investigación, teorización de su etiología y tratamiento del cuadro histérico fue Sigmund Freud, el cual sin duda fue influenciado por otros grandes personajes de su época como el mismo Joseph Breuer, quien al no poder convencer a Freud que desligara la sexualidad, y sobre todo una sexualidad infantil, (Freud, 1898) (la cual sería de suma importancia para la futura formulación de la teoría psicoanalítica freudiana) de sus estudios sobre la etiología de la histeria, tuvo que separarse de su colega, discípulo y amigo, y así empezaría el proceso de constitución del Método Psicoanalítico.

Un método que paso por varias etapas para su concepción final como el paso por los métodos Hipnótico, Hipnocatártico, Catártico, Sugestión, etc.,(Perrés, 2000) cuyos principales objetivos a través de estas primeras conceptualizaciones del método estaban el "desahogar" los afectos, que surgieron a raíz de algún evento traumático o "penoso"(que se recuerda como traumático{*trauma psíquico*}) y que no tuvieron una debida canalización a la motilidad y se concebían que estaban como "atorados" o "anclados" (los afectos) en el cuerpo produciendo los síntomas en los pacientes, así poniéndolos en palabras (los afectos) como la misma *Anna O* bautizó al método primero utilizado por Breuer, (1893-95) como "*la cura por la palabra*" o también como: "*deshollinando la chimenea*" se podría pensar en una desaparición de los síntomas histéricos a través de recordar el evento traumático y poniéndolo en palabras; hasta finalmente llegar a formular el dispositivo psicoanalítico con sus pilares dentro de los cuales destacaremos por ahora la regla fundamental de la *asociación libre*.

Así es como la palabra cobró un valor fundamental en la constitución del método psicoanalítico y en el tratamiento de la histeria, su resonancia actual radica en la diversidad de manifestaciones que se pueden presentar teniendo en cuenta, según André, J., Lanouzière, J. y Richard, F. (2001) que "*El conflicto psíquico y la actividad simbolizadora caracterizan la histeria freudiana, convirtiendo al cuerpo mismo a la ciencia de los signos*". Y que mejor signo que el discurso del sujeto del inconsciente el cual tomaremos como objeto de estudio para la elaboración de este reporte de caso clínico.

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar las relaciones intersubjetivas que se revelan a través de la transferencia analítica en un caso de histeria femenina.

## **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la estructura y los rasgos de carácter de la personalidad histérica.
- Analizar la relación de los síntomas con la estructura familiar y con las relaciones de pareja de la paciente.
- Analizar los efectos del manejo transferencial en el proceso analítico de un caso de histeria femenina.

## **1.4 SUPUESTOS**

- La relación del sujeto con su estructura familiar repercute en sus elecciones de pareja.
- Amor, insatisfacción y deseo, son la expresión sintomatológica ante la imposibilidad de expresar los afectos.
- La transferencia actúa como repetición de las formas de vinculación dentro del trabajo analítico.

## **1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

Las limitaciones del trabajo presentado radican en tratar de plasmar el trabajo realizado durante 2 años de tratamiento, en donde casi todo el primer año se trabajó durante 2 sesiones semanales de manera constante, y el resto del tiempo por motivos laborales de la paciente, y de coincidencia con los horarios de disponibilidad del terapeuta y de la institución para la atención, se tuvo que reducir la frecuencia a una sesión por semana.

Ya que es un caso que sigue tratándose se realizará un corte en el material recabado hasta el término de este año para su estudio.

Debido a la abundancia del material de análisis me delimitaré a trabajar el discurso del paciente que nos lleve a visualizar la parte de su historia revelada en la transferencia que influye en el establecimiento de sus relaciones intersubjetivas.

## **1.6 JUSTIFICACIÓN**

Hoy en día la histeria ha sido desplazada por otras nomenclaturas o diagnósticos perdiendo su lugar en la cultura nuestra de cada día, principalmente por la incapacidad de los “profesionales de la salud mental” (quienes cada vez más se refugian en medicamentos y en terapias de las llamadas “breves” o de sugestión para darle alivio a ese paciente que sufre sin importar su palabra o el sentido que él le dé a sus síntomas) para escuchar a sus pacientes, ya sea por motivos teóricos, técnicos, metodológicos o institucionales.

El dispositivo psicoanalítico nos ofrece la posibilidad de brindarle alternativas de bienestar al sujeto que acude con nosotros dándole lugar a su palabra y a sus síntomas, para que mediante nuestras intervenciones pueda obtener otra postura respecto a lo que lo acongoja. Por esta razón, el Psicoanálisis sigue en pie de guerra respecto a los otros postulados teóricos



regidos por el positivismo, por darle su debido lugar a la subjetividad humana para provocar un fenómeno subversivo en el sujeto con el fin de que pueda moverse del lugar de sufriente.

Referente al formato de exposición del presente trabajo, pienso que en el mundo terapéutico actual donde la presentación de casos se limita a exponer y explicar síntomas, y a no darle su debido lugar al sujeto que los padece y que los vive, ésta modalidad de trabajo y de exposición surge como una opción no sólo para la obtención de un grado académico, sino también para plasmar la historia subjetiva de quien acude a nosotros en búsqueda de bienestar.

A través del relato de la historia subjetiva del sujeto iremos creando un “personaje”, el cual iremos relacionando con nuestro marco teórico, y con ello proponemos plantear los efectos de una *praxis* clínica que sirva a la vez como una investigación y como un productor supuestos teóricos.

## CAPITULO II

### MARCO TEÒRICO

#### 2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

##### 2.1.1 Introducción

Como introducción a la fundamentación teórica, mencionaré que la temática a trabajar va relacionada con la descripción tanto histórica, teórica y fenomenológica de la estructura histérica y su relación con la transferencia analítica. Este apartado es importante ya que para pasar al capítulo del Estudio de Caso Clínico es importante revisar el marco teórico en el que sustentaremos nuestro abordaje y nuestros objetivos; primeramente destaco una cita de Freud en la que menciona: "Si es verdad que la causación de las enfermedades histéricas se encuentra en las intimidades de la vida psicosexual de los enfermos, y que los síntomas histéricos son la expresión de sus más secretos deseos reprimidos, la aclaración de un caso de histeria tendrá por fuerza que revelar esas intimidades y sacar a la luz esos secretos"<sup>1</sup>.

##### 2.1.2 Contexto Histórico de la Histeria

Cabe mencionar que la formulación de la teoría psicoanalítica se creó en base al tratamiento con las histéricas, ahí nació el psicoanálisis; sin embargo para la constitución del método psicoanalítico como tal, se tuvo que pasar por un largo recorrido clínico, teórico y de investigación.

El término Histeria viene de *Hysterion* que en latín que quiere decir útero; haciendo referencia a que era una "enfermedad" que sólo se presentaba

en las mujeres, incluso con creencias desde la edad antigua y media que consistían en que el útero se desplazaba hacia la cabeza provocando la *locura*.

En la época de la Inquisición se les concebía a las histéricas como poseídas por el demonio por la sintomatología presentada, siendo la única terapéutica los ritos de exorcismo o la ejecución en caso de ser acusadas de brujería o satanismo.

Llegada la época del auge del positivismo y la explicación causal, se explicaba a "la enfermedad mental" a través de fallas orgánicas en el cerebro. Estas explicaciones fueron insuficientes para cuando se demostraba que orgánicamente el paciente no sufría de nada. En el caso de la histeria, que era relacionada con "achagues" corporales: parálisis, cefaleas, cegueras, etc., se demostraba que biológicamente el paciente estaba sano, pero la causa de esos malestares era un enigma.

A su vez, surgieron escuelas y corrientes teóricas que trataban a la "enfermedad mental" a través de remedios que rallaban en lo metafísico como la hipnosis. En Francia, el Dr. Jean Martín Charcot quien trabajaba en el hospital de la *Salpêtrière*, utilizaba la hipnosis para demostrar que los síntomas histéricos eran de origen psíquico y no físico; realizaba demostraciones ante sus estudiantes y estudiosos de la época, en dónde hipnotizaba a pacientes diagnosticados de histeria, y a través de la hipnosis y la sugestión no sólo retiraba los síntomas, sino hasta podía provocar nuevos. Charcot siempre puntualizó que esto lo realizaba como demostración de sus hipótesis del origen psíquico de la histeria, pero nunca como método terapéutico.

Sigmund Freud acudió a los seminarios y demostraciones de Charcot gracias a una beca que le dieron cuando trabajaba como investigador en Viena; esto junto a su alianza con el Dr. Joseph Breuer, quien también le atribuía un origen psíquico a la sintomatología histérica y usaba la hipnosis para tratarla, lo motivó a investigar clínicamente los fenómenos histéricos.

### 2.1.3 Freud y la etiología de la histeria

Sigmund Freud empezó a trabajar en el mundo de la Histeria casi de manera "fortuita", ya que necesitaba pacientes para poder subsistir; inicia una alianza de trabajo y de investigación con el Dr. Joseph Breuer y de esos trabajos obtendrán como fruto una publicación que hasta la fecha es un referente a seguir para la formación analítica: "*Estudios sobre la histeria*", en donde una de sus principales tesis sobre el trauma y los síntomas histéricos es que "*los síntomas más diferentes, tenidos por operaciones espontáneas, por así decir idiopáticas, de la histeria mantienen con el trauma ocasionador un nexo tan estricto como aquellos otros fenómenos más transparentes en este sentido*"<sup>2</sup>. Aquí vemos que se empieza un planteamiento en donde la raíz de un síntoma tendría relación (conexión) con un evento traumático que hubiera sufrido el paciente histérico.

Entre las primeras formulaciones se encontraba una distinción entre *la histeria corriente y la neurosis traumática* que a su vez abrirían el paso para pensar en una "*histeria traumática*". Haciendo relación al trauma y a los afectos que éste produce nos dicen que "*En el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la ínfima lesión corporal; lo es, en cambio, el afecto de horror, el trauma psíquico (...)* En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y, desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada (...) dependerá que la vivencia se haga valer como trauma"<sup>3</sup>.

Breuer a raíz de un tratamiento con una paciente, cuyo historial se encuentra en *Estudios...*, bajo el título de *Anna O*, relata como a través de un método denominado por la misma paciente como "*the talking cure*", se podía dar alivio a los síntomas histéricos al poner en palabras a manera de abreacción o de forma catártica el o los eventos traumáticos, en *Estudios...* nos dicen que "*los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin*

*retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto*"<sup>4</sup>.

Sin embargo en ocasiones el abreaccionar o hacer catarsis no es suficiente para lidiar con los síntomas o los eventos traumáticos, Freud y Breuer nos comentan que "el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino de 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*"<sup>5</sup>.

En *Estudios...* se recalca la importancia de los afectos que se despiertan durante algún evento traumático y que no son llevados a la motilidad, nos explican que "Lo que sobre todo importa es *si frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no*. Por «reacción» entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza"<sup>6</sup>.

Entonces al no descargarse estos afectos vía "reacción", su anclamiento en el sujeto se tomaría como el provocador de los síntomas, sin embargo el método creado en el caso *Anna O* permitiría una nueva terapéutica para descargar estos afectos a través de la palabra, "el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser «abreaccionado» casi de igual modo"<sup>7</sup>.

Pero se encontró con una dificultad, es decir, tanto Freud como Breuer utilizaban la hipnosis para tratar de traer en el aquí y ahora los recuerdos penosos o traumáticos y con ello llegar a la cura, ya que "los enfermos no

disponen de estos recuerdos como disponen del resto de su vida. Al contrario, *estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria*”<sup>8</sup>.

Además que “se demuestra que *esos recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «abreccionados», y a poco que ahondemos en las razones que impidieron esto último descubriremos al menos dos series de condiciones bajo las cuales es interceptada la reacción frente al trauma*”<sup>9</sup>.

Hay un denominador común en estos grupos que distinguen los autores respecto a la intercepción de la re-acción al trauma y es que “ambos grupos de condiciones tienen en común que los traumas psíquicos no tramitados por vía de reacción no lo son tampoco mediante procesamiento asociativo. (Nos explican que) En el primer grupo es el designio del enfermo el que quiere olvidar las vivencias penosas y excluirlas en lo posible de la asociación; en el segundo, ese procesamiento asociativo no se produce por falta de un vasto enlace asociativo entre el estado de conciencia normal y el patológico en que se generaron aquellas representaciones”<sup>10</sup>.

La manera de funcionar psíquicamente en los cuadros histéricos consistía en que “*las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abrección y por reproducción en estados de asociación desinhibida*”<sup>11</sup>. Esto sería provocado por algo a lo que Breuer denominaría como “estados separados e conciencia o estados hipnoides”.

Freud y Breuer nos hablan sobre esta doble conciencia, es decir “*aquella escisión de la conciencia, tan llamativa como double conscience en los casos*

clásicos consabidos, *existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre de «hipnoides», sería el fenómeno básico de esta neurosis*"<sup>12</sup>.

Entonces encontramos que para los autores existen 2 estados de conciencia o una conciencia doble, en la segunda conciencia es donde se quedaría las representaciones intolerables o penosas, quedando "volando" su afecto, es decir "de nuestras observaciones se sigue que un trauma grave (como el de la neurosis traumática), una sofocación trabajosa (p. ej., del afecto sexual), pueden producir una escisión de grupos de representaciones aun en quienes ese fenómeno no preexistía, y este sería el mecanismo de la histeria adquirida psíquicamente"<sup>13</sup>.

El cómo se organiza y se juega la cuestión de la conciencia segunda e los ataques histéricos y un síntoma histérico nos lo explican de esta forma:

"en la histeria están presentes grupos de representaciones generadas en estados hipnoides, excluidas del comercio asociativo con los restantes grupos pero asociables entre sí, y que de ese modo constituyen, con una organización más o menos alta, el rudimento de una conciencia segunda, de una «*condition seconde*». Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de ese estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario por la conciencia normal; en cambio, un ataque histérico atestigua una organización más alta de ese estado segundo, e indica, cuando nace, un momento en que esa conciencia hipnoide se ha apoderado de la existencia total, vale decir, una histeria aguda; pero, cuando es un ataque recurrente en el que está contenido un recuerdo, indica un retorno de este último"<sup>14</sup>.

Ahora la dinámica que se forma con este constante devenir de los ataques histéricos nos comentan que:

"primero se forma en estados hipnoides un contenido de representación que luego, cuando ha tomado el suficiente incremento, se apodera, durante un período

de «histeria aguda», de la inervación corporal y de la existencia del enfermo, crea síntomas permanentes y ataques, y luego sana, salvo algunos restos. Si la persona normal consigue cobrar de nuevo el gobierno, lo que ha sobrevivido de aquel contenido de representación hipnoide retorna en ataques histéricos y de tiempo en tiempo devuelve a la persona a esos estados, que a su vez son influibles y receptivos para eventuales traumas”<sup>15</sup>.

La manera en que nuevamente llegaran a conciencia los ataques o síntomas es que “puede ser provocado, al modo en que los recuerdos despiertan siguiendo las leyes de la asociación. La provocación del ataque se produce por la estimulación de una zona histerógena o por una vivencia nueva que hace resonar a la vivencia patógena en virtud de su semejanza con ella”<sup>16</sup>.

La terapéutica propuesta en ese entonces era la sugestión y la hipnosis, en el cual funcionaba en el sentido de que *“Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia”*<sup>17</sup>.

Entonces la separación de la conciencia funciona en el sentido de que “La escisión de conciencia es, pues, secundaria, adquirida; se produce en virtud de que las representaciones que afloran en estados hipnoides están segregadas del comercio asociativo con el restante contenido de conciencia”<sup>18</sup>.

Ya en los posteriores escritos denominados “prepsicoanalíticos”, Freud nos habla (o al menos va dilucidando) la cuestión de la defensa, es decir el sujeto (el paciente) se defiende y de ahí *“la escisión del contenido de conciencia es la consecuencia de un acto voluntario del enfermo, vale decir, es*

---



introducida por un empeño voluntario cuyo motivo es posible indicar"<sup>19</sup>. Aquí Freud al mencionar "acto voluntario" tendremos que suponer que, no es que el sujeto a merced elija escindirse, sino más bien que elige defenderse de lo inconciliable, aunque esto tampoco lo hace de manera consciente.

En un texto base para la teoría psicoanalítica como *Las neuropsicosis...*, Freud nos dice acerca que "sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía"<sup>20</sup>.

El sujeto, más bien el yo del sujeto se defiende de la idea penosa, intolerable para su conciencia, según Freud:

"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. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo*"<sup>21</sup>.

Encontramos que hay una idea penosa, intolerable, inconciliable para el yo del paciente, por ende éste se defiende, haciendo que la idea penosa no llegue a la conciencia y se la separa de su debido afecto produciendo el siguiente mecanismo, "En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer {umsetzen} a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*"<sup>22</sup>.

Si vamos hilando las ideas sobre la reproducción de los síntomas histéricos que tienen que ver con alguna parte corporal, vemos que dicha afectación es producida por la trasposición del monto de afecto que estaba ligado a la representación inconciliable, provocando el fenómeno de la conversión somática, la cual nos dice Freud que

"La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero, a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico que habita la conciencia al modo de un parásito (...) la huella mnémica de la representación reprimida {esforzada al desalojo} no ha sido sepultada {*untergeben*}, sino que forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo"<sup>23</sup>.

Inicia una lucha continua entre las representaciones que desean advenir conscientes y las fuerzas represoras; como resultado de esta lucha emanan los "falsos enlaces" para que por vía *conversiva* el afecto pueda descargarse, Freud nos lo explica de esta manera:

"Una vez formado en un «momento traumático» ese núcleo para una escisión histérica, su engrosamiento se produce en otros momentos que se podrían llamar «traumáticos auxiliares», toda vez que una impresión de la misma clase, recién advenida, consiga perforar la barrera que la voluntad había establecido, aportar nuevo afecto a la representación debilitada e imponer por un momento el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos, hasta que una nueva conversión ofrezca defensa. En la histeria, el estado así alcanzado con respecto a la distribución de la excitación prueba luego, las más de las veces, ser lábil; la excitación esforzada por una vía falsa (hacia la inervación corporal) consigue, de tiempo en tiempo volver hasta la representación de la que fue desasida, y entonces constriñe a la persona a su procesamiento asociativo o a su trámite en ataques histéricos, como lo demuestra la notoria oposición entre los ataques y los síntomas permanentes"<sup>24</sup>.

Después de descartar la teoría del trauma para pasar luego a la teoría de la seducción originaria, dónde para él, el papel de un evento de tinte sexual y del orden de la realidad histórica tenía un papel preponderante para el

---

desenvolviendo de la sintomatología histérica. Aparecería un artículo de los primeros denominados como psicoanalíticos como el de "*La sexualidad en la etiología de las neurosis*", dónde Freud hace una importante separación, primeramente entre las psiconeurosis y la neurastenia, y después entre las psiconeurosis y las que denominó como neurosis actuales.

Dichas separaciones consistían en que "hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las psiconeurosis son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis."<sup>25</sup> Es decir, la neurastenia pasó a formar parte junto a la llamada "neurosis de angustia", de las llamadas neurosis actuales, precisamente porque para Freud las cuestiones del orden de la sexualidad (cómo una masturbación excesiva o una excitación frustránea, satisfacción incompleta, etc.) eran parte de la actualidad de los neuróticos.

En cambio en las psiconeurosis (histeria y neurosis obsesiva) las cuestiones sexuales causantes de la sintomatología pertenecían a la historia infantil de los neuróticos. Lo que para Freud era un hecho, es que en ambas categorías el papel de la sexualidad en su etiología era primordial. Sobre esta cuestión en las psiconeurosis Freud menciona que "Su etiología eficiente está en vivencias de la infancia, y también aquí ciertamente -y de manera exclusiva-, en impresiones que afectan la vida sexual. Uno yerra al descuidar por completo la vida sexual de los niños; hasta donde alcanza mi experiencia, ellos son capaces de todas las operaciones sexuales psíquicas, y de muchas somáticas"<sup>26</sup>.

Por supuesto que no necesariamente estas mociones pulsionales tendrían sus efectos "patógenos" en el momento en que se producen, sino más bien abría que recalcar su *efecto retardado (nachträglich)* como lo bautizó Freud y que explicaría de esta forma su función:

"Este efecto retardado arranca, como no podría ser de otro modo, de las huellas psíquicas que las vivencias sexuales infantiles han dejado como secuela. En el intervalo entre vivenciar estas impresiones y su reproducción (o, más bien, el reforzarse los impulsos libidinosos que de aquellas parten), no sólo el aparato sexual somático sino también el aparato psíquico ha experimentado una sustantiva plasmación, y por eso a la injerencia de esas vivencias sexuales tempranas sigue ahora una reacción psíquica anormal: se generan formaciones psicopatológicas".

Hacia finales de 1897 Freud comenzaría abandonar la teoría de la seducción originaria, en la que como hemos descrito muy rápidamente, las formaciones psicopatológicas tienen su etiología en eventos sexuales de corte "real" en la historia infantil del sujeto. Ahora le abriría el paso a la teoría del fantasma. Freud empezó a trabajar su llamada teoría del fantasma o de la fantasía, en la cual se daría cuenta que poco importa si haya ocurrido un evento traumático "real" o de "tintes sexuales" en la infancia del sujeto, sino más bien, lo importante está en el cómo se lo simboliza o fantasea el sujeto aquel momento que se percibió como un acto seductor y que no tuvo la debida tramitación hacia el consciente y que retorna como síntoma desde el inconsciente hasta la conciencia; es decir que el pensar la sexualidad más allá de la genitalidad será un pilar dentro de la teoría psicoanalítica.

Por esto podemos citar que "la sexualidad (...) presta la fuerza impulsora para cada síntoma singular y para cada exteriorización singular de un síntoma. Los fenómenos patológicos son, dicho llanamente, *la práctica sexual de los enfermos*"<sup>27</sup>.

Un caso pilar para el estudio de la histeria en Freud es el caso *Dora*, donde el profesor Freud hace una categórica aseveración referente a la fenomenología histérica relacionada con la cuestión de la insatisfacción sexual: "Yo llamaría «histérica», sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir

síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominante o exclusivamente sentimientos de displacer"<sup>28</sup>.

Acerca del síntoma histérico o conversivo Freud nos explica que guarda un sentido deformado con lo reprimido, nos dice que:

"No puede producirse sin cierta *solicitud* (transacción) *somática* brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano. Pero no se produce más que una sola vez -y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse- si no posee un significado {valor, intencionalidad} psíquico, un *sentido*. El síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse"<sup>29</sup>.

Freud nos menciona que trabajamos con cuestiones desfiguradas para llegar a lo desfigurado, es decir que por medio del síntoma y que el paciente le trate de dar sentido al mismo podemos ir en al búsqueda del sentido del síntoma ya que, como dice Freud:

"Ya tenemos averiguado que un síntoma corresponde con toda regularidad a varios significados *simultáneamente*; agreguemos ahora que también puede expresar varios significados *sucesivamente*. El síntoma puede variar uno de sus significados o su significado principal en el curso de los años, o el papel rector puede pasar de un significado a otro. Hay como un rasgo conservador en el carácter de la neurosis: el hecho de que el síntoma ya constituido se preserve en lo posible por más que el pensamiento inconsciente que en él se expresó haya perdido significado"<sup>30</sup>.

Hasta aquí cerramos con este apartado no sin antes mencionar que no es el fin de la investigación la elaboración de un recorrido minucioso por la obra freudiana sobre la concepción de la histeria, sin embargo si se ha tratado de plasmar en la medida de lo posible como se pensaba la concepción del síntoma en cada uno de los momentos importantes y con ello de las bases para el sustento de la terapéutica utilizada en el presente estudio de caso.

#### 2.1.4 Primeras menciones de Freud sobre la transferencia

El concepto de *transferencia* se asoma muy temprano en la obra freudiana, es en *Estudios...* cuando hace su primera aparición en donde dice que "Cuando la enferma se espanta por trasferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. Ello es frecuente, y aun de ocurrencia regular en muchos análisis. La transferencia sobre el médico acontece por *enlace falso*".<sup>31</sup>

En la cita anterior Freud manifiesta ya que la cuestión de la *transferencia* es un *enlace falso*, esto es que el afecto está dirigido de manera errónea a la persona del médico; sin embargo sería hasta el caso *Dora* dónde vuelva a presentarnos el concepto pero ahora de manera plural:

"En el curso de una cura psicoanalítica, la neoformación de síntoma se suspende (de manera regular, estamos autorizados a decir); pero la productividad de la neurosis no se ha extinguido en absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento, las más de las veces inconscientes, a las que puede darse el nombre de «*trasferencias*»".<sup>32</sup>

Entonces Freud nos las define como:

"reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (...) toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico".<sup>33</sup>

Faltaría mucho acerca del estudio, manejo y conceptualización de la transferencia en Freud, pero es importante revisar cómo desde sus primeras publicaciones se asomaba este concepto y con ello también se acercaba a la construcción no sólo de un concepto fundamental sino también de la obra. Primero se le percibe a la transferencia como resistencia, pero ésta debe ser trabajada para su vencimiento en calidad de resistencia, ya que como nos dice

---

Freud “es usada para producir todos los impedimentos que vuelven inasequible el material a la cura, y, además, sólo después de resolverla puede obtenerse en el enfermo la sensación de convencimiento en cuanto a la corrección de los nexos construidos”<sup>34</sup>.

En una nota agregada años después de la primera publicación del caso *Dora*, Freud enuncia una importante declaración acerca de la transferencia, nos dice que “La cura psicoanalítica no crea la transferencia; meramente la revela (...) destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo”<sup>35</sup>.

Entonces vemos que el nacimiento del concepto de transferencia nace a la par de la teoría psicoanalítica mediante el tratamiento con las histéricas. Mucho más adelante, Freud trabajaría la transferencia no sólo como resistencia, sino como *lo resistido*; pero sobre ese tema lo podemos trabajar en otro momento.

### **2.1.5 La transferencia analítica**

Sin duda la transferencia analítica vendría a ser el motor del análisis, sin embargo para identificarla y trabajarla habría que tener en claro cuestiones importantes, como primero sería el reconocer que la “transferencia” de afectos hacia determinados semejantes es parte importante de la vida diaria de los seres humanos, Freud nos dice al comienzo de su artículo *Sobre la dinámica de la transferencia* que:

“todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto

da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite -es reimpreso- de manera regular en la trayectoria de la vida"<sup>36</sup>.

Es decir que gracias a una combinación de factores en la estructuración del sujeto, en las que uno de los resultados sería la división de representaciones libidinales susceptibles de conciencia y otras rezagadas en el inconsciente; se adquirirán los prototipos o modelos a elegir en su vida amorosa; es decir, modelos con los que establecerá relaciones afectivas. Sobre la aparición de esta transferencia de afectos en el trabajo analítico Freud nos recalca:

"Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de conciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento.

Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico"<sup>37</sup>.

Es decir que en ese momento o contexto, el analista se le aparece al paciente como una figura más a la cual puede dirigir su energía libidinal, es decir, a la cual se le puede transferir afectos como lo hace en su vida cotidiana con otras figuras, pero por supuesto esto opera de manera inconsciente.

Cuando emerge la transferencia analítica invariablemente surge la resistencia, que podemos resumir como todo aquello que dificulte el trabajo como serán ausencias, silencios, etc. A propósito de esto Freud nos menciona:

"cuando las asociaciones libres de un paciente se deniegan, en todos los casos es posible eliminar esa parálisis aseverándole que ahora él está bajo el imperio de una ocurrencia relativa a la persona del médico o a algo perteneciente a él. En el



acto de impartir ese esclarecimiento, uno elimina la parálisis o muda la situación: las ocurrencias ya no se deniegan; en todo caso, se las silencia”<sup>38</sup>.

Como lo mencioné antes, la resistencia pareciera ser prima hermana de la transferencia, porque precisamente aparecen de la mano, sólo que ésta se ocupa de obstruir la libre asociación de ideas, quizás por lo que se pudiera encontrar en dicha asociación; sin embargo de manera paradójica hay que hacerle frente a la resistencia ya que es parte del análisis, Freud nos dice que “La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían”<sup>39</sup>.

Mencioné que paradójicamente habría que hacerle frente a la resistencia a pesar de las dificultades que ocasione al trabajo, y es que por lo mismo que emana con la transferencia, tendríamos que pensar que habría que hacer las intervenciones apuntadas a vencer dichas resistencias, ya que de ese vencimiento surge la vía regia hacia la cura analítica.

Acerca de la importancia del vencimiento de las resistencias y su relación con la transferencia Freud nos aclara que:

“en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta. El mecanismo de la transferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia”<sup>40</sup>.

Aquí nos adentramos al meollo del asunto, el cómo la transferencia al mismo tiempo que es nuestra principal herramienta para nuestro trabajo, también funciona como resistencia al mismo. Esto pudiera ser ocasionado porque como nos dice Freud:

"Las mociones inconscientes no quieren ser recordadas, como la cura lo desea, sino que aspiran a reproducirse en consonancia con la atemporalidad y la capacidad de alucinación de lo inconsciente. Al igual que en el sueño, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociones inconscientes; quiere actuar {*agieren*} sus pasiones sin atender a la situación objetiva {*real*}"<sup>41</sup>.

Entonces, precisamente el permanecer inconscientes (las mociones pulsionales) les permite seguirse repitiendo, es decir permite el poner en acto a manera de re-edición lo no recordado por el paciente. De ahí se alimenta la resistencia. Para rematar sobre el trabajo de la transferencia como resistencia, Freud nos menciona que:

"Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*"<sup>42</sup>.

Tres años después de publicar *Sobre la dinámica...* a Freud le pareció pertinente hacer unas puntualizaciones sobre un aspecto fundamental sobre la transferencia, serían las puntualizaciones sobre el amor de transferencia.

Aquí Freud comienza diciéndonos acerca del tratamiento analítico que llega un momento en el cual su libido ya no es depositada en los síntomas con los que llegó a consulta, al menos no del todo, sino más bien es depositada en el analista, ocasionando que la mirada y la expectativa sea dirigida hacia éste último y no hacia la cura, Freud menciona que:

"La paciente, aun la más dócil hasta entonces, ha perdido de pronto toda inteligencia del tratamiento y todo interés por él, no quiere hablar ni oír más que de

su amor, demanda que le sea correspondido; ha resignado sus síntomas o los desprecia, y hasta se declara sana. Sobreviene un total cambio de vía de la escena, como un juego dramático que fuera desbaratado por una realidad que irrumpe súbitamente (...) El médico que lo vivencie por primera vez no hallará fácil mantener la situación analítica y sustraerse del espejismo de que el tratamiento ha llegado efectivamente a su término"<sup>43</sup>.

Una vez más encontramos a la transferencia como resistencia, esta transferencia amorosa ha ocasionado la llamada Neurosis de transferencia, es decir, la paciente ha dejado de recordar, ha dejado de asociar sobre sus síntomas y se centra únicamente en atraer la atención, la mirada y el amor del analista. Acerca de esta demanda amorosa Freud nos menciona que:

"la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; (...) hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados. Es que uno no podría ofrecer otra cosa que subrogados, puesto que la enferma, a consecuencia de su estado y mientras no hayan sido levantadas sus represiones, será incapaz de lograr una efectiva satisfacción"<sup>44</sup>.

Entonces aunque el analista accediera a la demanda amorosa de la paciente, habría que recordar que dicha atracción fue provocada por la situación analítica, es decir en transferencia analítica; por ende si se accediera a la demanda y se terminara el análisis, lo más probable es que dicha situación sentimental sólo se sumaría a la lista de fracasos amorosos de la paciente.

Freud manejaba tres posibles salidas para lidiar (o no lidiar) con dichas demandas amorosas, 1) Corresponder al amor terminando la relación terapéutica. 2) Canalizar a la paciente. 3) Seguir trabajando en abstinencia. La tercera es la más sensata ya que las dos primeras apuntan a que lo no trabajado por el analista y la paciente tenderá a repetirse nuevamente ya sea con otro terapeuta o con otra pareja. A propósito Freud menciona:

---

“Si su cortejo de amor fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: *actuar*, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico”<sup>45</sup>.

Ahora no por tan peligrosas manifestaciones que se presentan durante una cura analítica se debe despreciar el amor de transferencia, más bien habría que seguirlo hasta sus orígenes más íntimos y oscuros, por supuesto en abstinencia y neutralidad, manteniéndonos en nuestro lugar, ya que al final de cuentas la paciente esta reactualizando en nosotros sus imagos parentales, Freud nos dice que:

“Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo”<sup>46</sup>.

En el sentido en que hemos estado trabajando en este apartado vemos que no sólo la transferencia sirva a la resistencia o que así mismo la transferencia es una forma de resistencia, sino también es lo podría ser lo resistido; y en ese sentido podemos abundar más en la expresión de que no hay que cancelar ni desechar. Ni despreciar el amor de transferencia sino más bien identificarlo e interpretarlo; interpretar eso que se repite porque no se recuerda o no se quiere recordar. Freud nos recalca que:

“La paciente, cuya represión de lo sexual no ha sido cancelada, sino sólo empujada al trasfondo, se sentirá entonces lo bastante segura para traer a la luz todas las condiciones de amor, todas las fantasías de su añoranza sexual, todos los caracteres singulares de su condición enamorada, abriendo desde aquí el camino hacia los fundamentos infantiles de su amor”<sup>47</sup>.

Claro que no se trata de matar las pasiones de la paciente con el tratamiento, sino más bien que, en palabras de Freud:

“estorbada en su capacidad de amar por unas fijaciones infantiles, alcance la libre disposición sobre esa función de importancia inestimable para ella, pero no la dilapide en la cura, sino que la tenga aprontada para la vida real cuando después del tratamiento esta se lo demande”<sup>48</sup>.

Debemos entender “vida real” como la vida fuera del *setting*; donde no hay dispositivo analítico ni encuadre que respetar, simplemente el vivir la vida cotidiana de la forma más gozosa posible. Freud tratar de ir cerrando exponiendo la triple lucha del analista frente a las pasiones que se desatan en un trabajo analítico:

“El psicoterapeuta analista debe librar así una lucha triple: en su interior, contra los poderes que querrían hacerlo bajar del nivel analítico; fuera del análisis, contra los oponentes que le impugnan la significatividad de las fuerzas pulsionales sexuales y le prohíben servirse de ellas en su técnica científica; y en el análisis, contra sus pacientes, que al comienzo se comportan como los oponentes, pero que luego dejan conocer la sobrestimación de la vida sexual que los domina, y quieren aprisionar al médico con su apasionamiento no domeñado socialmente”<sup>49</sup>.

Entonces para concluir este apartado encontramos que la transferencia (de afectos, imagos, patrones, etc.) o el enamoramiento es algo esencial en el ser humano; sin embargo a la hora de realizar un trabajo clínico es su especificidad de transferencia analítica la que nos compete trabajar e interpretar; y que ésta emana de la situación analítica con la instalación de dispositivo analítico (abstinencia, neutralidad, asociación libre y atención parejamente flotante) y el mantenimiento del encuadre.

En dado caso se tendría que diferenciar transferencia y enamoramiento de la siguiente manera; la transferencia, como dije anteriormente, surge del trabajo analítico y la podemos definir como la reactualización de patrones infantiles en la figura del analista; y el enamoramiento surge o se da fuera del *setting* aunque también tenga relación con los imagos parentales y con las primeras vivencias de satisfacción de la prehistoria del sujeto.

Ahora bien la transferencia es una forma de repetición de escenas infantiles aunque éstas sean re-vividas como frustrantes, “El analizado, resulta claro, que su compulsión a repetir en la transferencia los episodios del período infantil de su vida, se sitúa, en todo sentido, más allá del principio de placer, el sujeto se comporta de una manera infantil”<sup>50</sup>. Aunque la vida misma es repetición, ya que repetir es una forma de apropiarnos las cosas, hay de repeticiones a repeticiones, unas más frustrantes o insatisfactorias que otras, y precisamente en la transferencia se re-edita esta historia de insatisfacción y frustración de la vida amorosa infantil, puesto que se demanda el amor de con quien también se le tiene prohibido estar.

Y es por todo lo anterior que conceptualizamos a la transferencia como el motor del análisis, sin ella no hay psicoanálisis posible, pero al mismo tiempo como la más fuerte resistencia y como lo resistido.

### **2.1.6 El amor en el contexto neurótico**

Hablando acerca de la importancia del amor en la vida cotidiana y de la manera de expresarse en los neuróticos, trataré de abordar aspectos generales acerca de la significación de la expresión o depósitos de energía libidinal que hace el neurótico sobre los otros. Ciertamente en la cotidianidad se suele usar amor y libido como sinónimos, pero para efectos de nuestra investigación plantearemos una diferencia importante, según Guillermo Vanegas:

“El término amor correspondería esencialmente al *acto* manifiesto en donde se materializa (la libido), es decir, en la esfera del comportamiento. (...) el término libido psíquica o sexual correspondería a la energía procedente del interior del aparato anímico que impulsa o dota de fuerza al comportamiento del sujeto”<sup>51</sup>.

Es decir, si usamos como metáfora una botella de agua que represente al sujeto, la energía libidinal vendría a ser el agua dentro de la botella, sólo que ésta misma agua empuja (impulsa, pulsiona) al sujeto hacia su satisfacción o descarga libidinal. En cambio el amor sería la puesta en *acto* o *actos* del sujeto de esa energía libidinal, apostando a la reciprocidad de dichos *actos* por parte de del otro a quien son dirigidos. Acerca de ello Vanegas nos dice:

"el estado amoroso estaría sostenido por la creencia imaginaria en el otro, por una necesidad interna de sentirse amado y de poder amar a alguien, aunque el costo de este amor sea la pérdida de la "objetividad" y la "razón" del sujeto enamorado, al punto de perder su individualidad y de fusionarse en el otro a la manera del estado hipnótico"<sup>52</sup>.

Entonces vemos que en el juego amoroso no hay objetividad sino subjetividad, el que ama da para ser amado, aunque ello implique perderse por y con el otro, y es aquí donde no todos se atreven a entrar en esta apuesta, en el arriesgue.

Sin embargo habría que recordar que como vimos en la temática de la transferencia, son los primeros estadios de la constitución psíquica los que marcan los patrones a seguir en las elecciones de pareja; dicha constitución se inaugura con la llamada *primer vivencia de satisfacción*, la cual consiste en la instalación de una huella psíquica del pecho materno, quien es el que proporciona la satisfacción del alimento y a su vez, aunado a los cuidados de la madre donde se involucra la voz, la mirada y el tacto de ésta, libidiniza al niño, lo erogeniza principalmente en la zona bucolabial, provocando que se dé el apuntalamiento de la pulsión. Con el juego de las frustraciones y satisfacciones que proporcione los encargados de la crianza del sujeto en estructuración, se edificarán los prototipos de la satisfacción pulsional, así como Vanegas nos dice:

"el modelo de satisfacción estará determinado por la serie de relaciones intersubjetivas en estos primeros años de la infancia, que el sujeto establece con las primeras personas significativas en su entorno. Y es a partir de estas

relaciones-modelo que el sujeto devenido adulto, intenta la búsqueda de satisfacción recordando inconscientemente esta primera vivencia placentera”<sup>53</sup>.

Llegará la entrada al triángulo edípico, que es un triángulo amoroso entre el niño y sus padres, y con ello llegará la elección del objeto de amor y la identificación con la figura parental percibida como rival. Según la “resolución” o “sepultamiento” del Complejo de Edipo, se conformará la estructura y las formas de vinculación con los otros por parte del sujeto. Una forma de explicarlo sería si el sujeto en la vida adulta buscara la siempre como elección de pareja de alguien quien ya estuviera en una relación, tendríamos que pensar que se encuentra atrapado en ese triángulo edípico de la vida infantil; es decir “en la lógica del edipo lo llamamos de “tercero excluido”, que revive para el sujeto de relación triádica, en la infancia, en donde el amor y el cariño de la madre, fue otorgado en discordia, habitualmente al padre o a quien ejerza su función”<sup>54</sup>.

Entonces para rematar lo visto en el apartado acerca de la transferencia, el enamoramiento y la transferencia parten de la misma raíz, es decir del Complejo de Edipo. Sólo que mientras una (la transferencia) se nos revela en el trabajo analítico y es impulsada por el dispositivo y el encuadre; el otro (el enamoramiento) se vive día a día en la cotidianidad del sujeto. En ambos conceptos los patrones a seguir navegan de manera inconsciente para el sujeto, es por ello su reedición o repetición, acerca de ello Vanegas comenta que:

“es a partir de la reedición de las experiencias del pasado, que los imagos infantiles se reactualizan en el presente, por obra de la compulsión a la repetición (...) Siguiendo la lógica de la compulsión a la repetición se nos hace comprensible que le enamoramiento del sujeto en la actualidad nos conduzca a este pasado olvidado”<sup>55</sup>.



Entonces podemos explicarnos el por qué de este "tropezar con la misma piedra", esa repetición de patrones en las elecciones de pareja de los neuróticos que pueden llevarlos a una constante insatisfacción o frustración, haciéndolos caer en crisis neuróticas cuando el otro no atiende o corresponde a las demandas, "el enamoramiento del ser humano estará determinado por esa relación edípica que se repetirá constante y permanente en las relaciones intersubjetivas del individuo"<sup>56</sup>.

La crisis neurótica deviene en cuanto se agudizan en la vida adulta la frustración o la insatisfacción por parte del objeto amado al no haber una reciprocidad en cuanto a la energía libidinal con que el neurótico inviste al otro, es decir:

"el amor tiene la facultad de engrandecer o empequeñecer al amante. Imaginemos que el sujeto tiene un *quantum* de energía estable, y al enamorarse, canaliza una cantidad particular con la cual investirá al objeto, pero mientras el objeto amado no canalice o responda con energía propia al amante, éste se sentirá vacío y desvalorizado"<sup>57</sup>

Este vacío o desvalorización acompañará al sujeto neurótico hasta que realice su trabajo de duelo, es decir, hasta que vaya recuperando su energía libidinal por medio de la introversión, de esta manera la libido que era objetal pasará nuevamente (si bien le va al sujeto) a ser libido yoica, que en un determinado momento podrá volver a utilizar para invertir a otros objetos.

Para ir cerrando este apartado es válido decir que la reaparición del ciclo antes mencionado, donde la repetición de la elección que llevaría al fracaso amoroso sobrepasa al recordar y por ende al elaborar, se da precisamente porque "en el estado amoroso, se disminuyen la objetividad y la capacidad de juicio; el objeto amado está exento de crítica a partir de la idealización que falsea la razón"<sup>58</sup>

### **2.1.7 La insatisfacción en el sujeto histérico**

La insatisfacción en la vinculación con los otros del sujeto histérico es una de mis principales líneas de trabajo en este estudio de caso, por lo tanto, retomando a Nasio, decimos que “el histérico (...) es aquel que, sin saberlo, impone al lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente. Un fantasma en él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha”<sup>59</sup>.

Es decir, navega en este constante repetir de su insatisfacción, “el histérico es, (...) un ser de miedo que, para atenuar su angustia, no ha encontrado más recurso que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida, el penoso estado de la insatisfacción”<sup>60</sup>. Pero, ¿qué miedo será del que intenta no saber nada el sujeto histérico a cambio de su insatisfacción?, Nasio nos comenta que “Un peligro esencial amenaza al histérico, un riesgo absoluto, puro, carente de imagen y de forma, más sentido que definido: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo”<sup>61</sup>.

Entonces la insatisfacción opera como un recurso, un medio en el cual se ampara el sujeto histérico para deambular por la vida, “para alejar esta amenaza de un goce maldito y temido, el histérico inventa inconscientemente un libreto fantasmático destinado a probarse a sí mismo y a probar al mundo que no hay más goce que el goce insatisfecho (...) se trate del poder del otro o de la falla del otro, con el Otro de su fantasma o con el otro de su realidad, lo que el yo histérico se empeñará en reencontrar como su mejor guardián, será siempre la insatisfacción”<sup>62</sup>.

Juan David Nasio trabaja 2 tipos de conversiones que poseionan al sujeto histérico, de las cuales enuncia que hay “una conversión global que transforma la angustia en un estado general del cuerpo, y una conversión local

que transforma la angustia en un trastorno somático limitado a una parte definida del cuerpo”<sup>63</sup>.

Para darle el lugar del cómo funciona la cuestión de la angustia en estas dos conversiones, Nasio nos comenta que:

“la angustia del fantasma se transforma en una perturbación de la vida sexual del histérico, en un estado de sufrimiento causado por una erotización general del cuerpo, erotización que se acompaña, paradójicamente, de una inhibición concentrada en el nivel de la zona genital (...) la conversión global de la angustia del fantasma da lugar a un sorprendente contraste: un cuerpo globalmente erotizado coexiste dolorosamente con una zona genital anestesiada”<sup>64</sup>.

Esta excitación tramitada en angustia produce, según Nasio que:

“la inhibición genital a que nos referimos se traduce en la vida sexual del histérico no por una indiferencia hacia la sexualidad, sino casi siempre por una aversión, verdadera repugnancia hacia todo contacto carnal (...) la hipererotización global del cuerpo no genital se le opone una profunda aversión por el coito genital (...) el vaginismo o la frigidez son todos ellos trastornos característicos de la vida sexual del histérico que expresan, en una forma u otra, esa angustia inconsciente (...) de la mujer a dejarse penetrar”<sup>65</sup>.

Encontramos que la mujer histérica puede acceder a una relación, si se quiere decir sexual, pero no accede a gozar de dicha relación, Nasio diría que:

“Mientras vive una relación carnal aparentemente dichosa con un hombre, la mujer histérica puede rehusar a abrirse a la presencia sexual del cuerpo del otro (...) la histérica se ofrece, pero no se entrega; puede tener relaciones sexuales orgásmicas (orgasmo clitorídeo o vaginal) sin por ello comprometer su ser de mujer (...) La histérica puede ofrecerse al orgasmo, pero no se entrega por ello al goce de lo abierto”<sup>66</sup>.

La insatisfacción tiene su fin, su objetivo; así como todo síntoma, su fin sería el de colaborar con el sujeto para que pueda lidiar con las exigencias del deseo y las de la realidad; sin embargo para el sujeto histérico ésta lucha de

---

fuerzas lo puede llevar a depender de su insatisfacción para protegerse de peligros mayores, como el de des-sujetarse del mundo; Nasio nos explica que:

"Al rehusar entregarse, la histérica se ve inevitablemente arrastrada a la pendiente de la insatisfacción (...) Una insatisfacción que no se acantona en el mero registro sexual sino que se extiende al conjunto de la vida (...) El histérico desea estar insatisfecho porque la insatisfacción le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser. Cuanto más insatisfecho está, mejor protegido queda contra la amenaza de un goce que él percibe como riesgo de desintegración y locura"<sup>67</sup>.

El cómo y porque el sujeto histérico busca de manera inconsciente quedarse en la insatisfacción y frustración es parte importante de esta investigación; buscar que lo hace mantener o mantenerse en ese lugar y tratar de revelárselo para que trate de moverse y busca nuevas alternativas es parte fundamental en de nuestro trabajo clínico.

### **2.1.8 La estructura histérica y sus rasgos de carácter**

Como habíamos mencionado antes, el paso por el Complejo de Edipo será el punto de anclaje hacia la conformación de la estructura del sujeto, según la relación que guarde respecto al *falo*, a la castración y a su deseo. Es decir, en el campo de la neurosis se juega la dialéctica del *tener o no tener el falo*.

Para llegar a esta dialéctica el padre en primera instancia debe percibirse como poseedor del *falo* al realizar la castración simbólica tanto a la madre como al hijo; es decir ocupando el lugar de la ley. Dor nos menciona que:

"Aceptar que el padre sea el único depositario legal del falo es comprometer el propio deseo junto a él bajo el modo de no tenerlo. En cambio, impugnar ese falo en tanto el padre jamás lo tiene sino porque ha despojado de él a la madre, es abrir la posibilidad de una reivindicación permanente en cuanto al hecho de que la

madre también puede tenerlo y de que tiene derecho a él (...) los histéricos son *militantes del tener*".<sup>68</sup>

Anteriormente hablamos también de la insatisfacción en el sujeto histérico, gran parte de ello tiene relación con eso que siente que no le fue proporcionado, es decir el *falo* como Dor lo plantea:

"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 ante aquel que supuestamente lo tiene (...), el histérico no interroga en la dinámica de su deseo, sino ante el Otro, el cual siempre detenta supuestamente la respuesta al enigma del origen y del proceso del deseo en cuestión."<sup>69</sup>

Como parte fundamental en la estructura histérica se encuentra el colocar a otro en el lugar de *Amo*, es decir, alguien a quien se le supone que sabe lo que el histérico desea y que pueda complacer, y a su vez que también el histérico crea que pueda satisfacer la demanda de ese *Amo*, alguien a quien gracias al investimento que le otorga el histérico se deje sugestionar por él, como nos dice Dor:

"es preciso que el otro que sugiere haya sido investido de entrada por el histérico en un lugar privilegiado. Por otra parte, es preciso que el histérico se reconozca los medios para poder responder a lo que cree que ese otro espera de él. El lugar privilegiado de que hablamos es el del *Amo*, siempre instituido como tal por el histérico, en el sentido de que supuestamente el *Amo* sabe lo que el histérico se esfuerza en desconocer acerca de la cuestión de su deseo."<sup>70</sup>

Se niega el deseo propio y se vive para desear a través del otro, de ahí el estar la pendiente del deseo del otro, de lo que se cree que el otro desea, así el histérico se entrega, diría Dor:

"Ponerse al servicio del otro equivale siempre a tratar de mostrarse uno mismo a través del otro, y así, a provechar su «brillo» (...) Se trata, pues, de una *captura*, y por partida doble: embelesarse uno mismo en la expresión de su deseo, pero

también entrapar al otro, confundándose con él y haciendo valer incesantemente el deseo que uno cree que es el suyo (...) Así, para gustar y tratar de satisfacer lo que imagina es el placer del otro, el histérico se embarcará gustoso en la cruzada de la abnegación sacrificial".<sup>71</sup>

Privado del *falo* por un lado y por el otro no recibir el amor esperado o no del todo, son las posibles escenificaciones que rodean al histérico y lo hacen formular su queja, su demanda, Dor nos plantea:

"En todo sujeto histérico persisten, de manera más o menos invasora, los vestigios de una queja arcaica que se desarrolla sobre el fondo de una reivindicación amorosa referida a la madre. En efecto, el histérico se vive frecuentemente como *no habiendo sido suficientemente amado por el Otro*, como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados por la madre"<sup>72</sup>.

Pareciera que en su anclaje con la insatisfacción produce a su vez, la permanencia de su deseo de identificarse con el objeto ideal del *Otro*, precisamente para tratar de satisfacer al *Otro*, y en ese fracaso retoma su insatisfacción con un propósito como nos lo dice Dor:

"El histérico se encierra, en efecto, en una lógica psíquica irrefutable: para mantener su deseo, el sujeto se esfuerza en no darle jamás un objeto sustitutivo posible, a fin de que la insatisfacción resultante motorice cada vez más al deseo en esta aspiración hacia un ideal de ser".<sup>73</sup>

La estructura histérica forma parte del reino de las neurosis, esto quiere decir que su manera de lidiar con la angustia, con el deseo, la castración, con el lugar que ocupa respecto a los otros y con respecto al *falo* es través del mecanismo de la represión, sin embargo al no alcanzar esto para lidiar con lo antes mencionado, surge la utilización de otros mecanismos o rasgos de carácter para lidiar con las mociones pulsionales, así como con sus demandas y las demandas de los otros, Mayer nos dice que:

“las personas con este carácter (histérico) necesitan *mostrarse, exhibirse*, convocar a sus espectadores a través de una *representación* de la que no son conscientes (...) forman parte de una trama argumental (las representaciones). Trama argumental sustentada en fantasías inconscientes que escenifican y condensan los condenados deseos sexuales de la infancia.”<sup>74</sup>

Es decir, ante la angustia de la castración por sentirse incompleta intenta constantemente escenificar una actuación, un histrionismo que le proporcione de cierta manera, re-asegurar su feminidad (o hiper-feminidad) y al mismo tiempo intenta crear un juego constante de seducción hacia el otro, para de esta manera hacerle ver y creer al otro que a él es a quien le falta algo, y que ella lo puede dar.

Esto último también tiene relación con la fantasía de reconstrucción o intento de, o sea de un padre idealizado, que está presente, que satisface y complementa, como Mayer nos dice:

“El *encanto* de la fantasía es que gracias a ella la mujer histérica logra ser el objeto de amor de un padre idealizado. Más aún, no tiene sólo al padre, lo tiene *todo*: belleza, perfección, completud. Encanto para disimular, para silenciar lo que todavía ahora inconscientemente siente: que es fea, incompleta, vacía, que los hombres tienen más, que para ellos es más fácil, etcétera”<sup>75</sup>.

Otro rasgo de carácter de la estructura histérica podría ser la mitomanía, Mayer nos explica que:

“Cuando el principio de realidad se presenta tan sojuzgado por el principio del placer, en las áreas en que ello ocurre, la pasividad motriz contrasta con la fuerza de los afectos que pueden dar crédito a sus fantaseosas creencias. (...) (por ello) algunos observadores destacan la mitomanía como rasgo de carácter histérico. (...) la naturaleza prohibida de los deseos que alimentan esas fantasías hace que sean reprimidas.”<sup>76</sup>

Entonces encontramos que la seducción, el exhibicionismo y la teatralidad o histrionismo (y con ello la mitomanía) son rasgos potentes dentro

---

de la estructura histérica. Pero dicha potencia no exenta a la histérica de que haya afectos anclados en el cuerpo, afectos no puestos en palabras que obtienen o buscan su debida descarga a como dé lugar, como a través del cuerpo produciendo síntomas como metáfora de lo no dicho, diría Mayer "Por ello es frecuente concebir al cuerpo sintomático de la histérica como un cuerpo preñado de metáforas que es necesario dar a luz."<sup>77</sup>

El infatlismo también es una parte importante de la estructura histérica, Mayer nos dice que:

"Con el erotismo que la mujer histérica pone en su vestir, en su modo de moverse, en su hablar y aun en el contenido de lo que dice (...) tiende a conmover al otro tanto desde el punto de vista estético como desde el punto de ingenuidad o infantilismo emocional que tantas veces se señala en la histeria"<sup>78</sup>.

Sobre este mismo punto ya hablando dentro de un contexto de trabajo psicoanalítico, nos menciona Mayer:

"La ingenuidad de la histérica parece insinuar a sus interlocutores una disposición sexual que está muy lejos de su conciencia. Liberman afirma que "la personalidad demostrativa (histeria) utiliza como canales de transmisión, la mente, el cuerpo y la acción, y que *en la medida en que el complejo de Edipo positivo se encuentra estimulado por la regresión transferencial*, pierde la sincronización entre las tres áreas y transmite entonces en un código simbólico que se exterioriza por síntomas de conversión histérica y por trastornos de comportamiento en la sesión, que han sido descriptos en las clasificaciones bajo el rubro de carácter histérico".<sup>79</sup>

El infantilismo también es un rasgo característico de la estructura histérica, podría inclusive servir de condensación para nombrar otros rasgos como lo serían la frigidez, la dependencia a ciertas figuras, el egocentrismo, etc., todos estos rasgos están ligados de cierta manera a los anteriores que hemos mencionado, aunque unos se presenten, dependiendo del caso por caso, con más nitidez o intensidad que otros. Ligado a esto, recordemos que la



histórica busca colocar a alguien en el lugar de *Amo* y lo podemos encontrar en su relación con el infantilismo, al respecto Mayer nos comenta que:

"Suele observarse en la histérica una marcada dependencia hacia su marido o hacia algún personaje idealizado que representa la autoridad. En el pasado la dependencia infantil no pudo ser bien tolerada por los progenitores, especialmente por la madre. Muchas veces el rechazo de ésta busca compensarse con un desplazamiento de la dependencia de la madre al padre idealizado. Idealizado y sobreestimado como representación materna, como compensación de ella, pero también como el "salvador" que podría sacarla de un vínculo y transformarla en una mujer amada con ternura".

La necesidad de alcanzar siempre la perfección o la completud está muy presente en la estructura histórica, este anhelo de completud deviene precisamente de sentirse desproporcionada o privada respecto a los otros, por cómo fue vivido para ella su resolución edípica como ya lo hemos revisado, por ello Mayer nos dice que:

"La histérica anhela la perfección y para ello recurre a una estrategia compleja y sutil y a una infinita gama de recursos: ropas, maquillaje, perfumes, regalos... y hasta un hombre excepcional. Pero tiene tanta necesidad de alcanzar la perfección es porque se siente esencialmente imperfecta".<sup>80</sup>

Como muestra de este sentirse incompleta o imperfecta esta también la no definición de su identidad, esto ocurre tanto en lo masculino como en lo femenino, por eso busca modelos con los cuales identificarse en su búsqueda de conformar su identidad, Mayer nos dice:

"no tiene definida su identidad femenina (...) y entonces apela al generoso mundo de la fantasía donde se identifica con la mujer más *perfecta*, donde encuentra al amante *perfecto*, etcétera. Pero como es histérica y no psicótica, la realidad no ha sido abolida (repudiada): nunca está segura de haber elegido bien, Si de algo está segura es de no haber elegido suficientemente bien".<sup>81</sup>

Aunque la histérica haga todo lo posible por no querer saber nada de la realidad, haciendo síntoma, fantaseando, etc., no puede negarla por completo, el repudio no se da como en la psicosis.

En cuanto a la inhibición genital y la disociación afectiva sexual de la estructura histérica podemos decir brevemente que:

"Se le puede atribuir a una necesidad de mantener una relación clandestina-en su fantasía o en la vida real- con un representante paterno deseado y a la vez prohibido, como síntoma que expresa la consumación y la punición ante el cumplimiento de un deseo condenado por el ideal o como una medida preventiva para no *realizar* tal deseo".<sup>82</sup>

Esta disociación que realiza podríamos explicarla en el sentido de que por un lado, la histérica accede a la genitalidad, pero no accede a gozarla, al menos no del todo, ya que podría haber un miedo a que consumado este deseo ya no habría remanentes que posibilitaran un nuevo encuentro, y al mismo tiempo sería una actuación ajusticiadora derivada de la prohibición frente a dicho deseo.

Entonces para ir finalizando este apartado podemos decir que un rasgo estructural que sobresale del sujeto histérico sería el de la insatisfacción (el siempre sentirse o el buscar estar insatisfecha), aunque todos los que revisamos aquí están íntimamente ligados entre sí, hay algunos que (dependiendo el caso por caso por supuesto) sobresalen o se observan más que otros.

## CAPITULO III

### METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

#### 3.1 MÉTODO

El estudio de caso psicoanalítico por tener como objeto de estudio al *sujeto del inconsciente* y por ende utilizar como método el *Método Psicoanalítico*, no encaja en la rigurosidad de los modelos positivistas para la presentación de proyectos de investigación, sin embargo se puede utilizar la variante del estudio de caso cualitativo para darle forma a nuestra investigación para fines de exposición. "Un estudio de caso cualitativo se define como: una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social (...) Un estudio de caso cualitativo es elegido cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir e interpretar, más que en probar hipótesis"<sup>83</sup>.

Podemos decir que la presentación de nuestro estudio de caso se encuentra dentro del paradigma de la investigación cualitativa o del estudio de caso cualitativo, el cual tiene por características:

"Es particularista porque se centra en un fenómeno particular. (...) Es descriptivo porque el producto final es una descripción rica y densa del fenómeno de estudio. (...) En general las descripciones son cualitativas a través de técnicas narrativas para describir, producir imágenes y analizar situaciones. Es heurístico porque ilumina la comprensión del lector del fenómeno objeto de estudio. Puede dar lugar a descubrimientos de nuevos significados llevando a un replanteamiento del fenómeno en cuestión"<sup>84</sup>.

El estudio de caso psicoanalítico sería el estudio de ciertos aspectos de la historia subjetiva del sujeto que nos la comunica a través de la relación

---

transferencial analítica, teniendo como objetivo primordial plasmar con fines académicos, de investigación y producción de conocimiento, los efectos de un tratamiento psicoanalítico en un “personaje” determinado, mediante un relato.

### **3.2 INSTRUMENTOS**

Como principal instrumento se encuentra el material recabado del discurso del paciente surgido del durante el proceso analítico.

### **3.3 PROCEDIMIENTOS**

- **Entrevistas preliminares:** Se realizaron 3 entrevistas preliminares antes de encuadrar con la paciente, las cuales consistieron en recabar datos generales, motivo de consulta, contexto familiar, situación con sus relaciones de pareja, amigos, etc.
- **Encuadre:** En la tercera entrevista se encuadro a la paciente, se establecieron las frecuencias de 2 veces por semana, después cambió a una sesión semanal. Se estableció la cuota de 30 pesos al principio por el departamento de trabajo social, posteriormente hubo 2 aumentos, el primero de 50 pesos y el último de 80 pesos la sesión; y se estableció que me pagaría a mí al final de cada sesión. En la cuestión de los horarios se empezó el trabajo los lunes y viernes a las 6:00pm, después hubo reacomodos para trabajar lunes y martes a las 7:00pm, hasta quedar sólo los martes a las 7:15pm. El tiempo de cada sesión sería de 45 minutos, aclarándole que si llegase a llegar tarde se trabajaría el tiempo restante y si avisa que no puede acudir por llamada telefónica 24 horas antes no se le cobraría la sesión, pero si avisa el mismo día se le cobraría a la sesión siguiente.
- **Regla fundamental de la *asociación libre*:** A la paciente se le comunicó en la tercera entrevista la regla fundamental del método psicoanalítico la cual consiste en que el paciente diga todo en cuanto se

le ocurra sin tratar de omitir nada, le parezca trivial, le parezca vergonzoso, le parezca que no venga al caso.

- **Atención parejamente flotante:** Este procedimiento es dirigido para el terapeuta el cual consiste en poner pareja atención a todo el discurso del analizando sin tratar de seleccionar, privilegiar o sesgar información.
- **Neutralidad:** Consiste en no juzgar al paciente en base a algún ideal o ideología, mantener una postura neutra hacia lo que nos comunica, ya sea cuestiones religiosas, políticas, etc.
- **Abstinencia:** Consiste en no acceder a la demandas, a los roles que nos coloca o a subrogaciones de satisfacción del paciente.
- **Condiciones institucionales:** Se utilizó el cubículo 6 del área clínica de la USP de la facultad para llevar a cabo el tratamiento.

### **3.4 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

#### **3.4.1 Instrumentos para recabar información:**

- **Hoja de preconsulta:** es instrumento utilizado en el departamento de preconsulta de la facultad en el cual se recaba en una entrevista realizada por un integrante de dicho departamento, los datos generales de la paciente y su motivo de consulta.
- **Discurso del paciente:** es escuchado mediante la regla fundamental para el paciente y para el análisis que es la asociación libre.
- **Viñetas clínicas:** es el escrito de lo que pasó durante las sesiones, para usarse como relato durante las supervisiones.
- **Preguntas sobre datos específicos:** se usaron confirmar o averiguar datos específicos que no se abordaban de manera espontánea durante el discurso del paciente.

### **3.4.2 Instrumentos de concientización:**

- **Interpretación:** es devolverle al paciente algo de su discurso que es suyo, que le pertenece, pero que no sabe que sabe que le pertenece, apunta hacia lo simbólico.
- **Señalamientos:** es indicar o señalar algo del discurso del paciente que nos llama la atención y que se nos presenta inmediatamente, es más dirigido de yo a yo.
- **Confrontación:** también es una intervención de yo a yo, diferenciándose del señalamiento en cuanto a que, como su nombre lo dice, confronta situaciones que vive o dice el paciente, pero que no las acepta en su momento.
- **Construcción:** se refiere a construir la historia del paciente respecto a los puntos de su relato que pudieron estar huecos durante el tratamiento.

## CAPITULO IV

### ESTUDIO DE CASO CLINICO

#### 4.1 HISTORIAL CLÍNICO

##### 4.1.1 Datos generales del paciente:

- Nombre: *Anna*
- Paciente de sexo femenino.
- 26 años de edad.
- Lic. en Administración de Empresas.
- Originaria de Linares, Nuevo León.
- Esta bajo tratamiento psiquiátrico desde hace 2 años. (Toma criadex y clonazepam).
- Fue diagnosticada con Trastorno Depresivo Mixto por su psiquiatra.
- Estuvo en consulta psicológica en su pueblo durante cierto tiempo antes de venirse a vivir a Monterrey.

##### 4.1.2 Resumen general del caso clínico:

*Anna* llega a consulta por estar pasando por momentos difíciles, en el sentido de que sentía una fuerte "ansiedad" que le provocaba problemas con su novio (que durante las sesiones se convirtió en exnovio) y problemas para establecerse en un trabajo. Durante las primeras sesiones *Anna* manifestaba una especie de "tics" muy notorios al hablar (se jaloneaba su blusa, se tocaba el pecho), había llanto la mayoría de las veces, después cuando regresó a tomar el medicamento se presentaba más tranquila, pero en ocasiones con todo y medicamento ha tenido ataques de ansiedad muy fuertes tanto fuera como dentro de la sesión.

Al paso de las sesiones, en las cuales al hablar de temas relacionados con su sexualidad, su exnovio, su madre o su padre, empezaba a sentir que se

le dormía el brazo, (por lo regular es el brazo izquierdo, pero ha habido ocasiones en que cambia de brazo) que se le nublaba la vista, le dolía la cabeza y el pecho (mencionaba un miedo a tener un infarto por el dolor), sentía un ardor en el pecho, (sentía que se quemaba) hiperventilaba, etc. (mencionaba que su madre parece estar enferma del corazón y que su abuela materna murió de un “infarto”)

Conforme fue avanzando el tratamiento la “ansiedad”, que se presentaba de manera muy potente en las sesiones, sobre todo en las primeras, fue disminuyendo, como también los “tics”, los miedos, las conversiones; a podido ir estableciéndose laboralmente, sin embargo aún presenta problemas para relacionarse interpersonalmente y para lidiar con aspectos que le producen “estrés” como ella lo argumenta.

#### **4.1.3 Motivo de Consulta:**

La paciente refiere que desde hace un año y medio aproximadamente antes de acudir a consulta conmigo sufría de crisis de ansiedad muy fuertes que le propician no poder trabajar, quedarse paralizada, sentir dolor en el pecho (tiene miedo a que le dé un infarto a pesar de que cuando se hace estudios los resultados indican que está bien), dolor o adormecimiento en los brazos, se siente deprimida y manifiesta también tener ideas acerca de su muerte, de suicidarse (tirarse de un puente), por esa razón acudió a consulta tanto psicológica como psiquiátrica. También refiere acudir a la consulta por tener dificultades con su pareja en aquel entonces.

#### **4.1.4 Demanda del tratamiento:**

La paciente demanda poder establecerse emocionalmente y con ello mejorar en la elección y sostenimiento de sus relaciones interpersonales. Su pregunta gira entorno al por qué sigue sintiendo ansiedad, y a su vez el por qué sigue eligiendo como posibles parejas a hombres percibidos como “prohibidos”.



#### **4.1.5 Sintomatología actual:**

*Anna* argumenta sufrir de ansiedad, la cual le provoca mareos, incapacidad para trabajar, dolor en el pecho, en sus brazos y cabeza. Algunas veces al principio del tratamiento llegó a manifestar que se nublaba la vista en el *setting*. Dice sentirse deprimida y que su vida no tiene sentido, se siente atorada. Manifiesta que es muy irregular en su periodo menstrual, en ocasiones tarda hasta 3 meses para menstruar.

En el ámbito de sus relaciones interpersonales argumenta que le es muy difícil encontrar a alguien que reúna todas las características que busca en un hombre y esto la frustra, hace lo posible para ser mirada por los hombres pero cuando lo logra pierde el interés en ellos. Su acceso a gozar de su sexualidad también se ve afectado puesto que se concentra más en atraer la atención en hombres percibidos como prohibidos, y el no permitirse a acceder a tener algo que ver con ellos en el ámbito de lo sexual también la frustra. *Anna* dice que no puede establecer una relación de pareja, sino hasta que se le dé de "alta", es decir, hasta que ya no sienta ansiedad y depresión.

#### **4.1.6 Impresión diagnóstica:**

Según la postura psicoanalítica, ubicamos que *Anna* cuenta con una estructura histérica con diversos síntomas conversivos. Aunque al principio se hubiera pensado ubicarla en la cuestión limítrofe, actualmente sus recursos le han dado para posesionarse dentro de la neurosis histérica.

## 4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

### 4.2.1 Contexto familiar

Familia compuesta por el padre quien es descrito por *Anna* como alcohólico y siempre ausente, dice que siempre ha estado "afuera". La madre es descrita como muy religiosa, sobreprotectora y represora. Tiene 2 hermanos mayores (varón y mujer) casados y con familia, viven en diferentes casas, actualmente su hermana mayor tiene dificultades con su pareja y se habla de divorcio debido a una infidelidad de su hermana hacia su esposo.

Tiene también a su hermana gemela, con quien vive en Monterrey y comparten un cuarto que rentan y duermen en la misma cama, *Anna* argumenta que tiene constantes conflictos con su hermana por la repartición de los gastos y de los deberes del hogar, entre otras situaciones, es recurrente que mencione que su hermana si "le va bien", porque tiene un novio formal, y que también tiene un buen trabajo con un buen sueldo a diferencia de ella.

También tiene un hermano menor quien en palabras de *Anna* fungía como padre, ayudando al sostén del hogar y lo describe como autoritario con ella y su hermana, no las dejaba tener novio y si tenían era a escondidas, *Anna* dice que también él está cayendo en el vicio del alcohol.

### 4.2.2 Figuras Significativas

Los padres cobran un papel importante en la estructuración de la subjetividad de *Anna*, ambos protagonizaron constantes peleas y a su vez *Anna* desde que recuerda su padre siempre a dormido afuera, nunca con su madre, *Anna* manifiesta también que el padre es alcohólico y que no aportaba para el sostén del hogar, en cambio la madre trabajaba de vendedora para mantener a la familia.

Siempre ha hablado más de su madre que de su padre, de su madre menciona que nunca se dio la posibilidad de hablar sobre sexualidad con ella y que de hecho era algo que no percibía de sus padres aunque se lo imaginaba como lo ha contado recientemente. Concibe a la madre como sobreprotectora y que la reprimía mucho, además de ser muy religiosa y de carácter fuerte. De padre solo comenta que solo se dedica a vagar y a tomar, de hecho ignora de dónde saca el dinero para seguir con la bebida.

*Anna* mencionó que durmió en su casa hasta los 16 años junto a su madre y a su hermana gemela, y que cuando quería dormir sola su madre se enojaba con ella.

Una de las figuras más significativas es “Luis”, un hombre divorciado de 32 años con quien estableció una relación de meses a escondidas y con quien a su vez tuvo su “despertar sexual” a los 16 años. Al comienzo del tratamiento *Anna* relataba con dolor la separación con Luis ya que él le fue infiel con una compañera suya; recientemente en la reelaboración de la historia comenta que no le gustaba estar en la intimidad con Luis y que cuando descubrió lo de la infidelidad le sirvió como un pretexto para terminar la relación, lo cual ya tenía pensado hacer tiempo atrás.

“Víctor”, su exnovio más reciente cuando se empezó con el tratamiento cuya pérdida sigue siendo significativa para la paciente. Ellos empezaron la relación cuando “Víctor” tenía otra pareja, deja a esta chica por *Anna*. Ella narra que él se fue a vivir a San Luis Potosí y que ya no le hablaba tan seguido como antes, ni estaba con ella como antes, decía que él era el que la sacaba del banco o de su casa cuando se sentía mal (literalmente la sacaba cargando).

Al parecer “Víctor” había dado por terminada la relación, pero no así *Anna*, ella decía que “Víctor” había cambiado su estatus en facebook de “en

una relación" a "soltero", y así mismo la foto que tenía de perfil con ella, la quitó, como las demás fotos en donde ella salía.

*Anna* mencionaba que no le quería hablar, pero al mismo tiempo quería saber el por qué de todo este cambio, que si habían terminado porque no la "cortaba de frente". *Anna* también relataba que quizás ella tenía la culpa de que la relación fracasara, ya que como ella estudió administración de empresas, y se recibió con honores, le insistía a "Víctor" que sacara su título y que trabajara de lo que estudió, ("Víctor" tenía un negocio propio estilo cibercafé y reparación de equipo de cómputo siendo que había estudiado geología) a lo que Víctor se molestaba.

Finalmente Víctor encuentra trabajo de lo suyo en S.L.P. y opta por irse, según *Anna* él le dice a ella que se vayan juntos, pero ella no quiso, que porque primero quería casarse antes de vivir juntos. Tiempo después relató que se entero por internet que "Víctor" se había casado.

Su hermana gemela, a quien en la familia le llaman "Ani", para *Anna* es una especie de modelo o ideal ya que "Ani", en palabras de *Anna*, tiene un buen trabajo, con un buen sueldo y un novio formal con planes de casarse con ella. *Anna* hasta la fecha sigue durmiendo en la misma cama con ella y se queja de la repartición de los gastos para mantener el cuarto que rentan en Monterrey. Así mismo también se queja de no poder contarle cosas a su hermana acerca de sus relaciones de pareja o de diversas situaciones ya que dice que la regaña o que siempre sale con sus "cosas", *Anna* dice que necesita de su aprobación para casi todo.

Casi reciente al rompimiento con "Víctor" aparece "Edgar", un amigo suyo que frecuentemente la invitaba a salir y con quien sostenía una relación más por Messenger que en persona. Finalmente accede a salir con "Edgar", van a la casa de él y tratan de tener relaciones pero *Anna* argumenta que

cuando estaban en pleno acto le dio mucha ansiedad y ganas de llorar, así que no pudieron "terminar".

Otras figuras significativas en su que se han dado a conocer en su proceso analítico han sido las de sus jefes en sus 2 trabajos en los que ha estado en este tiempo de tratamiento. Al primero lo describía como "un pendejo" y un "hijo de papi", era el hijo del dueño del negocio donde trabajaba *Anna*, aunque en ocasiones lo defendía diciendo que todo el mundo hablaba mal de él a sus espaldas y de frente se comportaban "barberos" con él. *Anna* llegó a manifestar que su jefe le "gustaba", pero decía que eso estaba mal, que porque era su jefe y no debía pensar en eso.

*Anna* al cambiar de trabajo también siente atracción con otro de sus jefes llamado "Romeo", con él estableció una relación virtual de coqueteo y de insinuaciones por parte de ambos, pero sin llegar a concretar algo, *Anna* mencionaba que "Romeo" se le "antojaba", pero que algo que la detenía era que él era divorciado, que se notaba que era un "cabrón" y que sostenía una relación con una de las altas ejecutivas de la empresa mayor que él, aspecto que a *Anna* le llamaba la atención.

Últimamente otra figura significativa es un hombre llamado "Enrique" con quien *Anna* tiene una relación de "amistad" más de manera virtual de ya de largo tiempo, hace poco tuvo una cita con él y tuvieron relaciones sexuales; *Anna* manifiesta que no legó al orgasmo y que ya en el momento le pareció incómodo y que le dio asco. También mencionó que "Enrique" es un hombre casado y que la sigue buscando para verse pero ella ya se niega a acceder de nuevo.

### **4.2.3 Estructuración Edípica**

Para la paciente el padre siempre ha estado ausente o “afuera”, esto de una forma literal ya que no recuerda haber visto que su padre durmiera con su madre, sólo lo recuerda durmiendo afuera de la casa en un catre. Lo describe como un alcohólico que no aportaba al sostén del hogar. Su madre la percibe como muy religiosa, estricta, represiva y es quien siempre tuvo que sacar adelante a la familia trabajando de vendedora. *Anna* argumenta que vivió constantes peleas entre los padres, *Anna* para calmar la situación “se hacia la loca” (en sus palabras), para llamar su atención y evitar las peleas, esto era que se ponía a gritar, brincar o llorar.

*Anna* dice que prefiere relacionarse con hombres que no tomen o fumen haciendo referencia a que es por su padre. Algunas de las características que se repiten en las elecciones de pareja de *Anna* han sido el elegir hombres mayores que ella o bien que estén en una especie de “rango” mayor, por ejemplo en sus trabajos al sentir atracción (aunque no se concrete nada) con sus jefes o compañeros de más alto puesto.

También se ha relacionado o intentado relacionarse con hombres dónde esté en juego el lugar de ser “única”, es decir que en varias ocasiones se posiciona en lugar de ser la segunda o tercera; esto por tratar o conseguir involucrarse con hombres casados, divorciados o con novia. Es decir que, pareciera elegir siempre a parejas con quien no puede estar por ya estar ocupado ese lugar, como el que ocupa su madre en el triángulo edípico.

Así mismo, como lo ha revelado la relación transferencial, pareciera que su forma de vinculación con los otros es precisamente la de “hacerse la loca”, parece atrapada en ese papel para atraer la mirada de los otros, de los hombres.

#### 4.2.4 Eventos traumáticos

Como primer evento traumático que podemos encontrar en la historia subjetiva que nos relata *Anna* tenemos que con los relatos acerca de su familia surgía de repente (haciendo brotar la ansiedad en ella) la cuestión de la sexualidad aunándola con una culpa, la culpa de haber accedido a la genitalidad a los 16 años con un hombre divorciado de 32 años llamado "Luis". *Anna* cuenta que siempre fue muy reprimida, muy apegada a la iglesia y a la religión, (católica). *Anna* mantiene una relación con "Luis" de meses hasta que se dio cuenta que otra compañera suya de su trabajo también salía con él y decidió a terminar esa relación. Después de esto la culpa empezó aparecer. Dice que se sintió "*utilizada*". Al parecer a raíz de este evento hubo una "ansiedad" que empezó a brotar en ella y que la acompañaría en su vida diaria.

Como segundo momento traumático para *Anna*, encontramos que el vivir la relación con "Luis" le despertaron sus "*ganas*", como lo dice ella, de gozar de su sexualidad y desde ahí empezó a masturbarse; el trauma estuvo en que cuando lo hacía se le aparecía en la mente la imagen de "Dios" o de "Jesús" y a ella le daba culpa y angustia; dice *Anna* que hasta la fecha se le dificulta verse desnuda en el espejo porque le recuerda esos momentos.

Como tercer evento traumático de relevancia encontramos que a raíz de esta "ansiedad" que se le despertó a partir del rompimiento con "Luis", *Anna* mencionó que iba a retiros de la iglesia por recomendación de su madre para buscar esta mejor, aquí es donde se le aparece su primera "crisis", ya que en un retiro, en pleno rezo ella empieza a "convulsionar", con todos alrededor de ella, cantando y rezando, lo que recuerda que le dijeron era que mientras pasaba eso el padre que dirigía el rito decía que "*es una señal, está siendo tocada por Dios*", *Anna* recuerda que mientras eso le pasaba perdía el sentido y que en su mente piensa haber visto a "*Dios que la llamaba*" y eso la angustia, porque lo relaciona con su muerte. *Anna* ahora ella ya pueda hablar más

tranquila de lo sucedido, pero en el principio del tratamiento le costaba mucho trabajo.

En general *Anna* dice que no puede saber de fallecimientos, ni ver noticias sobre muertes porque le da angustia, la idea la muerte la angustia. Fue a raíz de esto que *Anna* empezó a buscar ayuda terapéutica.

Como cuarto evento traumático tenemos que *Anna* empezó a acudir a grupos de la iglesia o de autoayuda para tratar de sentirse mejor por esa ansiedad o angustia que le invadía, pero, en sus palabras, le "*resultó peor*" porque si alguien decía: "*soy alcohólico*" ella se sentía también alcohólica, o si decían alguien que era "*gay o lesbiana*" sentía eso también en ella. Todo relato en el *setting* de su sexualidad, de sus dudas sobre sus preferencias sexuales, de su ex novio al cual manifestaba que extrañaba pero a la vez le reclamaba el no hacerle frente, sus encuentros con los grupos de autoayuda, era acompañado con su manifestación de dolor en el pecho.

#### 4.2.5 Perfil subjetivo

- **Maneras de interacción:**  
Se vincula con los otros exponiéndose como la "víctima" o la "enferma".
- **Identidad sexual:**  
Heterosexual, aunque en ocasiones manifiesta ansiedad por temor a ser homosexual.
- **Rasgos de carácter:**  
Seductora, frígida, egocéntrica, histriónica y dramática.
- **Recursos yoicos:**  
Se percibe capacidad de *insight*. A pesar de la potencia de los síntomas al inicio del tratamiento, en la actualidad la paciente ha mostrado tener buenos recursos para afrontar diversas situaciones.
- **Mecanismos de defensa:**



Represión, Desplazamiento, Conversión e Intelectualización.

- **Características del superyó:**

Se percibe un superyó rígido, aunque en ocasiones se percibe como lábil.

## 4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

### 4.3.1 Histeria, cuando el cuerpo habla por *Anna*

Cuando *Anna* llega a consulta era impresionante la forma en que sus síntomas hablaban por ella, su cuerpo ponía en escena lo que ella no se atrevía. Ella llegó refiriendo que ya había consultado con médicos sobre su ansiedad y demás "ataques", como ella los refería, y éstos a su vez sólo la canalizaban a consulta psiquiátrica al no encontrar razón física o bilógica que explicara sus síntomas; *Anna* al relatar esto me daba pie a hipotetizar sobre su estructura.

La ubiqué en la estructura histérica, ya que a pesar de la potencia de sus síntomas, no escuché que tuviera rasgos perversos o psicóticos, quizás si rayaba en la cuestión *bordeline*, pero me fui dando cuenta que era más un encuentro con una histeria del siglo XIX, de esas de las uno podría decir que sólo existen en los libros.

Mucha ansiedad, dolor en el pecho, ardor en el pecho, mirada nublada, dolor de cabeza, hiperventilación, inhibiciones, tics, etc., sólo son algunas de las manifestaciones clínicas de la histeria de *Anna*, aunándola a sus problemas con sus elecciones de pareja, dónde la cuestión de la insatisfacción está muy presente por los hombres con quien se relaciona. En el comienzo del tratamiento su novio Víctor rompió con ella estando viviendo en otro estado y para *Anna* era muy difícil lidiar con esa situación.

Al principio del tratamiento se llevó más a cabo una acción terapéutica más orientada a contener a la paciente debido a su dificultad para reconstruir su historia, ya que se le notaba mucha angustia al narrarla y se quejaba de la aparición de sus demás síntomas durante las sesiones. Procedí escucharla y a explicarle en qué consistía la dinámica del trabajo.

Era impactante escuchar el relato del motivo de consulta de *Anna* y verla como actuaba al momento del relato, de lo recabado en las primeras entrevistas podemos destacar estos fragmentos:

*Anna: “Desde hace como un año que siento mucha ansiedad, y me da un dolor aquí en el pecho, por eso me da miedo a que me de un infarto, porque me duele también el brazo izquierdo, (durante el relato era constante los movimientos de la mano izquierda de Anna jalándose el cuello de su blusa, así como también se notaba sus ganas de llorar y su hiperventilación) en mi trabajo en Linares una vez que quedé paralizada, mi novio tuvo que ir por mí, también en mi casa me empezaba a poner mal y le hablaba en la madrugada para que me llevara al hospital pero me decían que no tenía nada, que era puro estrés, empecé a consultar con un psiquiatra y me recetó antidepresivos...”*

*Anna* también relataba que ya sufría de una ansiedad leve antes de presentar sus crisis más fuertes, las cuales comenzaron cuando ella acudía a un retiro religioso, relató esta experiencia con mucha angustia y manifestando tener diversas molestias a causa de contar su historia:

*Anna: “estaba en un retiro de la iglesia, en un rancho, me cuesta mucho hablar de esto, me duele la cabeza y el pecho...bueno yo de repente no supe de mí, estábamos en una misa y empecé como a convulsionar, y todos alrededor mío cantando y ala bando, el padre decía que era un llamado y que estaba siendo tocada por Dios, y eso me asusta...me da muchas ansiedad hablar de esto..., ya me desmaye y no sé porque me dio eso...”-pregunto-¿se dio cuenta de todo lo que estaba pasando?-“bueno ya después me contaron, porque sólo recuerdo*

*haberme puesto mal y ya no recuerdo más, lo demás me lo contaron, pero sí recuerdo poco..."*

Así mismo también relataba que desde ese día las crisis se presentaron cada vez más fuertes, así que empezó a buscar alternativas de bienestar, empezó a acudir a grupos de constelaciones y de autoayuda, pero el resultado salió contraproducente para ella, sólo provocaron más crisis como ella les llama:

*Anna: "Iba a grupos de autoayuda, pero cuando escuchaba que alguien decía que era lesbiana o homosexual, yo pensaba que yo también, o si alguien decía que era drogadicto yo también lo pensaba, por lo del medicamento que tomo, yo tengo miedo a hacerme adicta..."*

*"Iba a algo llamado constelaciones familiares, ahí me dio una crisis porque teníamos que hacer representaciones y una vez hicimos una como si yo naciera, y eso me dio mucha ansiedad..."*

Después de 3 sesiones de entrevistas preliminares, encuadré con Anna como llevaríamos la dinámica de trabajo:

*Intervención: "La regla que vamos a seguir aquí es que usted va a venir hablar de lo primero que se le ocurra, le parezca chistoso, le parezca que no venga al caso, va hablar de lo primero que pase por su cabeza, su sesión durará 45 minutos, si llegase a llegar tarde trabajaremos el resto que le quede de la sesión, si por alguna razón no pudiera asistir si avisa mínimo 24 horas antes no se le cobrará la sesión, pero si avisa el mismo día se le cobraría la sesión a la sesión siguiente, le voy a dar mi número celular (le paso mi tarjeta), usted va pagar 50 pesos al final de cada sesión y me los va a pagar a mí, nos vamos a ver lunes y viernes a las 6:00pm".*

Anna estuvo de acuerdo en el encuadre y a la vez se le mencionó que si ella quería podría llevar a la par su consulta psiquiátrica pero que le dijera al

psiquiatra que también estaría llevando psicoterapia. A la par de hablar de sus síntomas y la forma y el momento en que empezaron a aparecer también relataba lo que sería la ruptura con su novio y el cómo ella se posicionaba respecto a eso:

*Anna: “No sé que por que mi novio ya no me habla, antes estaba conmigo, cuando me sentía mal, por eso fui al psiquiatra para que me diera medicamento y me ayudó, pero ahorita ya no tengo, y me cuesta trabajo hablar de esto, me empiezo a sentir muy ansiosa, por eso quise venir a terapia, por eso vengo con usted para que me ayude y me diga que hacer, porque me siento así...”*

Cuando *Anna* comenzó a poner sus afectos en palabras, ya sea de manera catártica o de abreacción, al relatar su historia personal y al tratar de darle sentido a sus síntomas, su angustia fue disminuyendo al paso de las sesiones. Sin embargo la presencia de sus otros síntomas, aunado al malestar por el rompimiento con su novio, seguían estando presentes:

*Intervención: “a medida que vaya hablando, que vaya poniendo todo eso que siente en palabras, se irá disminuyendo esa ansiedad y se irá sintiendo mejor, dígame lo que siente para que su cuerpo deje de hablar por usted”*

En ocasiones usaba metáforas para hacerle ver cómo funcionaba el método:

*Intervención: “imagine una olla de presión, la olla llega un momento en que es tanta la presión que ya no puede con ella, así que va sacando el vapor poco a poco hasta que deja de sonar, así es aquí, en cuanto usted saque poco a poco esa presión hablando, poniendo en palabras eso que no le es tan fácil decir, ya ira disminuyendo esa presión sobre su cuerpo”*

Entonces encontramos la importancia, como vimos en la parte de *Estudios...* de Breuer y Freud, de hacer que el paciente vaya hablando de sus

ocurrencias, para que así le vaya dando sentido a sus síntomas y conforme vaya poniendo en palabras los afectos anclados en el cuerpo, el cuerpo dejará de hablar por el paciente.

Esta es apenas la primera etapa del tratamiento, a medida que avanzó el trabajo analítico *Anna* tuvo que ir aprendiendo a asociar y el trabajo terapéutico no sólo se dedicó a la abreacción, la descarga y la contención, también habría que buscar las intervenciones que dirigidas hacia una elaboración.

#### **4.3.2 Lo que Edipo dejó en el camino**

El paso por el complejo de Edipo es el punto nodal de la conformación de la estructura del sujeto, en el caso de *Anna*, Edipo quedó marcado por una imagen del padre devaluada y vivida como ausente. La madre en cambio fue vivida de manera omnipotente y represora; una presencia llevada hasta su cama.

*Anna* relataba que su padre es alcohólico, que nunca aportó para la casa, su madre era la que trabajaba de vendedora para sostener el hogar. Ella no recuerda que su padre haya dormido con su madre, *Anna* sólo recuerda que desde siempre ha dormido en la misma cama con su madre y con su hermana gemela, su padre duerme en un catre afuera de la casa:

*Anna: “mi padre nunca estado presente, es un alcohólico, desde que yo me acuerdo a dormido afuera de la casa...”*

*Anna* mencionaba que su hermano del medio fue quien ayudó al sostén del hogar trabajando desde muy joven. Hasta hace poco *Anna* relató que vivió mucha violencia en su casa, desde pequeña veía continuas peleas entre sus padres, la forma en que ella actuaba respecto a eso la describió así:

*Anna: "cuando veía a mi padre pelear con mi madre, me hacía la loca para que voltearan y que dejaran de pelear"-le pregunto: ¿cómo la loca?- "sí, brincaba, gritaba, o me hacía la enferma, lo que sea para llamar su atención"*

A lo que intervine después de relacionar esta forma de llamar la atención e sus padres con su forma de llamar la atención de quienes la rodean, en especial de los hombres fue:

*Intervención: "pues como verá, ya no necesita hacerse la loca o la enferma para vincularse con los demás o para llamar su atención, como lo hacía con sus padres"*

También hasta hace poco *Anna* relató que entorno a la sexualidad, en su casa ese tema no se tocaba, que su madre nunca les hablo de "eso"; que le tema de la sexualidad lo tenían muy reprimido. Primero emncionó que no veía muestras de afecto entre sus padres, pero logro relatar que en ocasiones los veía juntos y se imaginaba que ya habían tenido "algo" o querían "algo", lo relató así:

*Anna: "yo veía a mi padre abrazar a mi madre y pues sabía que habían tenido o que querían algo"*

Con estos extractos podemos pensar que *Anna* anda en búsqueda de ese *falo* del cual le fue privada y que paradójicamente no encuentra en su figura paterna, ya que para ella es una figura devaluada y ausente. La impotencia del padre parece ser sustituida por la omnipresencia de la madre. Pareciera que una forma de *Anna* de lidiar con este triángulo edípico fue precisamente colocarse en el lugar de *loca* o *enferma* para obtener la mirada y el reconocimiento de los padres no obtenido en los primeros estadios de la estructuración psíquica.

La fantasía acerca de la forma de vivir la sexualidad de los padres nos da una idea de cómo trata de tramitar psíquicamente la sexualidad de los mismos, aquí funciona una represión muy fuerte que hasta la fecha sigue muy rígida. Podríamos decir que en estos estadios donde hubo excitaciones no llevadas a una debida tramitación, *a posteriori*, se convirtieron en factores importantes en la sintomatología histérica de *Anna* como lo revisamos en la etiología de la histeria.

En cuanto su maneras de vinculación con los otros, pareciera que *Anna* no sólo quedó atrapada en la posición de tercero excluido respecto a sus padres, sino también quedó atrapada en el lugar de *loca* para así obtener la mirada y el amor del otro.

#### **4.3.3 Amor, insatisfacción y deseo, el lugar de *Anna* respecto a los otros**

*Anna* ha relatado diversas historias donde la insatisfacción en sus relaciones intersubjetivas es algo constante, tanto con sus elecciones de pareja como con sus amistades y con su hermana gemela. Esto ha sido motivo de constante queja durante el trabajo analítico. Revisaremos algunas de las posturas de *Anna* respecto a estas frustraciones.

*Anna: “tuve como otros 3 novios antes de Víctor, pero con ellos era diferente, cuando estábamos solos y empezábamos a besarnos y a tocarnos yo me ponía a llorar, me ponía toda loca, pero ahora me doy cuenta de que yo lo provocaba, yo quería estar con ellos, yo los seducía, pero algo pasaba que cuando estábamos así yo lloraba para detenernos aunque quería estar ahí...también recuerdo que cuando me gusta un chavo, ahí estoy tratando de que me hagan caso, trato de ser la única que miren y cuando me hacían caso me dejaban de interesar...”*

*Anna: “yo me gradúe con mención honorífica y Víctor no se tituló de lo que estudió, yo le decía que se titulara, yo no podía pensar que el no estuviera titulado, él tenía un ciber y pues le iba bien pero yo quería que el hiciera más, lo presionaba para que se titulara y para que trabajara de lo suyo...estudió geología, y pues encontró un trabajo de lo suyo de tanto que lo presioné, en una empresa en S.L.P., el me decía que me fuera con él, pero yo no quise porque no estábamos casados, ahí fue donde ya casi no me hablaba, y cuando empezó a cambiar las fotos del facebook y el estatus...fue mi culpa que le se haya ido...”*

*Anna: “acepté a salir con Edgar, lo conozco desde hace tiempo pero platicábamos más por internet, fuimos al cine y luego fuimos a su casa, intentamos tener relaciones pero me puse mal, empecé a llorar y pues no pudimos terminar, ya sólo le pedí que me llevara a mi casa...”*

Otra forma de manifestar dichas insatisfacciones ha sido identificándose con su hermana y con sus amigas, compara lo que ellas tiene y lo que a ella supuestamente le falta:

*Anna: “todas mis amigas ya se están casando o tiene novios formales, tienen un buen trabajo, a mi no me gusta el mío, no tengo carro, (...) y a mi hermana le va muy bien, tiene un muy buen trabajo, le va bien con su novio...”*

*“mi hermana me regaña mucho, es muy mandona, siempre me dice que aporte dinero a la casa (la casa en Linares), no le tengo confianza en contarle cosas porque siempre me regaña o me dice cosas de los hombres con los que salgo...”*

La cuestión de las identificaciones no se reduce a su trato con sus amigas y con su hermana, sino también con mujeres a las que ella percibe como bonitas, aunque para *Anna* esto es a su vez angustiante ya que dice tener miedo a ser homosexual por sentir algo al ver a estas mujeres:



*Anna: "siento como un dolor abajo, en mi parte cuando veo a una mujer que se me hace bonita, pienso que ¿por qué no soy como ella?, y me da ansiedad pensar que a lo mejor soy lesbiana por pensar en que se me hace bonita una mujer..."*

Anna se siente insatisfecha con su vida, el no tener poseer lo mismo que sus amigas o su hermana puede generarle una fantasía de ser menos mujer que ellas y se devalúa constantemente. Así mismo esa sensación que tiene en sus genitales al observar a una mujer bonita podría ser un síntoma causado por sus fantasías referentes a cómo debe de ser una mujer completa y plena.

*Anna: "Hay un chico que me busca, me invita a salir, y pues....la verdad siento que me gusta, pero es menor que yo, es un niño...-¿un niño?- sí, tiene 18 años, es apenas un niño, y pues yo busco ya un novio formal, alguien mayor, siempre he buscado hombres mayores que yo....pero estoy en las mismas, porque los hombres ahorita no se quieren casar...-¿usted se quiere casar?- pues sí, mis amigas ya casi todas están casadas...y es lo que tengo, cuando conozco a un chavo que me gusta ya me empiezo a ilusionar, me imagino cómo sería como esposo...y luego pues cuando no se hace nada me frustró...es que yo ando buscando marido..."*

En el sustrato anterior vemos como Anna contradictoriamente no se permite ir al encuentro con el otro, se adelanta a los hechos y esto ocasiona que se estanque en un plano meramente imaginario, se preocupa tanto de encontrar a alguien con quien compartir su vida que termina por no compartir nada al menos por un tiempo. Esto se repetirá de cierta manera en las siguientes viñetas:

*Anna: "Me gusta, bueno se me antoja Romeo, él también me coquetea, hablamos por correo, pero sé que no va a pasar nada y sigo ahí-¿por qué no va a pasar nada?-...pues porque tiene novia, ya supe que su novia está ahí en*

*el trabajo, aparte es de las que tiene un puesto más alto que el suyo, es ya una señora, es mayor que él, pero es muy guapa, aparte él es divorciado, ha de ser un cabrón...pero se me antoja...pero eso está mal, aunque también me pregunto por qué no puedo estar con él sólo para eso?...-¿y qué se responde?- pues que está mal...en mi familia nos educaron muy estrictamente, por mi mamá...las cosas sobre el sexo no se hablaban...por eso me reprimo mucho...”*

*Anna: “me asusta que me guste Danny, porque es un niño, está haciendo el servicio social y pues es que es morenito, siempre he sido algo racista, y pues platica mucho conmigo me invita a salir, pero es que no tiene dinero ni carro, pero pues platico muy bien con él, me hecha muchas flores, me dice que estoy bien bonita...pero no tiene lo que estoy buscando...-¿y qué es?-pues alguien con quien casarme, aunque a veces pienso que ya no me quiero casar, tengo miedo...-¿miedo a qué?-a que no funcione...como el de mis padres(el matrimonio), o como el de mi hermana...-¿y no cree que se está adelantando mucho?-pues sí, es lo que tengo que ya me empiezo a imaginar cosas...”*

De alguna manera *Anna* siempre busca mantenerse insatisfecha en cuanto a sus elecciones de pareja, ya sea eligiendo hombres ocupados, posicionándose así en el lugar de “tercero excluido”, o también en ocasiones pretendiendo acceder a hombres que ella misma coloca en el lugar de intocables; cuando esas barreras que ella misma construye van cayendo, se va perdiendo el interés; una vez que logrado ganarse la mirada y el reconocimiento del otro viene la retirada de su parte; precisamente para que su deseo siga insatisfecho y a su vez como una victoria ganar el deseo del otro identificándose con aquello que cree que él desea.

#### 4.3.4 La puesta en escena y lo revelado de la transferencia

El factor transferencial fue re-velado muy temprano en el tratamiento, *Anna*, a pesar de ya tener un trabajo y de ir elaborando poco a poco la ruptura con Víctor, seguía cayendo en episodios donde la ansiedad la desbordaba, una de esas ocasiones fue en plena sesión analítica dónde la cuestión de la regresión se presentó de manera muy potente. Me había topé con la transferencia de manera inesperada.

*Anna*: "Me siento muy mal, tengo mucha nausea...-¿quiere suspender la sesión?- sí... (*Anna* empieza a llorar, hiperventilar, se recarga en la pared y se sienta en el piso) *me siento muy mal, háblale a una ambulancia*- Tranquilícese y háblame de eso que siente... si le quiere hablar a alguien para que venga por usted la acompaño abajo- (yo me sentía preocupado por la paciente y angustiado por lo que estaba pasando, traté de conservar la calma por lo menos exteriormente) *no me puedo parar, que vengan y me atiendan aquí...*(sólo la acompaño sentado en mi silla hasta que se va tranquilizando, casi al término del tiempo de la sesión se levanta del piso con algo de dificultad y ahí se le abre la puerta del cubículo para que salga y se desplace hacia la salida de la USP)...-¿van a venir por usted?- *sí, mi hermana* (ella saca el celular para marcarle)- bueno entonces la veo la próxima semana, cualquier cosa me habla ¿ok?-..."

A la sesión siguiente, *Anna* tenía un semblante totalmente distinto, estaba tranquila y pidió disculpas por su (en sus propias palabras) "*berrinche de niña chiquita*", dice no saber que le pasó pero que así es como se ponía con su exnovio. Después me reclama: (en sus propias palabras) "*si, o estaba aquí sufriendo y tu ahí sentado sin hacer nada...-¿que esperaba que hiciera?- quería que alguien estuviera conmigo, como lo estaba él, ¡quería que alguien me tomara!..*"

En sesiones posteriores *Anna* hace una interesante asociación: "*yo le decía a Víctor* (su exnovio) *que ¿por qué me aguantaba?, creo que se cansó de estarme aguantando y por eso se fue, así como se lo estoy diciendo usted,*

(...) *que necesidad tiene usted de estarme aguantando, quizás lo fastidio o lo canso*" - ¿por qué piensa que me fastidia o me cansa?, ¿piensa que también la voy a dejar como la dejo Víctor?-, acto siguiente la paciente comienza a llorar y empieza un proceso de asociación en donde se percibe a mi parecer como no digna para estar con alguien que la escuche, aquí bien podría manifestar una *angustia por no satisfacer el deseo del otro*, (el exnovio, los pretendientes o el analista) *al identificarse con su percepción del deseo fálico del otro, el sujeto histérico asume la posición de castrado en un intento de completar al otro.*

Al señalarle e interpretarle que también conmigo buscaba vincularse posicionándose en el lugar de "la enferma" para llamar mi atención como lo hacía con "Víctor" o con los demás hombres de su vida, se empezó a cuestionar sus actuaciones y a buscar moverse de lugar.

Cuando pasaba el año de tratamiento *Anna* relata en una sesión que le llamaba la atención que ya llevaba un más de un año en tratamiento, decía que *"nunca había durado tanto tiempo con alguien...y sin tener relaciones"*, esta puesta en palabras sirvió para señalarle que puede tener otras formas de vincularse con los otros, y no sólo las que ella utilizaba que son las de acceder de inmediato a la sexualidad genital o de "ponerse loca" para retener al otro.

Poco antes de dar el corte para la elaboración del presente trabajo, *Anna* relató en una sesión que presenciaba varias peleas entre sus padres, así que hacía cosas para detener dichas peleas, relató que *"me hacía la loca o la que estaba enferma, gritaba, brincaba, lo que sea para me voltearan ver y que ya no pelearan"*, a lo que se le señaló que ya no ocupaba *"hacerse la loca o la enferma"* para que la voltearan a ver, es decir para relacionarse con los otros.

#### **4.3.5 Síntesis y comentarios**

Tratando de hacer un remate de lo expuesto anteriormente, encuentro que las partes importantes para el desenvolvimiento del caso clínico son la

supervisión clínica y la posición del analista. Estos 2 elementos han posibilitado que el dispositivo se mantenga y con ello el surgimiento de lo inconsciente en *Anna* a través de la regresión y la transferencia analítica, mismas que podemos decir que no son creaciones del dispositivo pero que son re-velados a través de éste, y eso contribuye a que el trabajo se mantenga y sea operativo clínicamente.

Me parece que el haber elegido como eje rector de esta investigación clínica la cuestión de la transferencia analítica y lo revelado ahí, posibilitó el estudio de la manera en la cual el sujeto se vincula con los otros, teniendo como base la forma de haber vivido subjetivamente la triangulación Edípica.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

#### 5.1 SINTESIS CLINICA Y CONCLUSIONES

##### 5.1.1 Síntesis de la intervención clínica

Al principio del tratamiento la sintomatología de *Anna* se presentaba de manera muy potente. Cuando *Anna* llega a consulta, desde las primeras sesiones manifestaba un grado alto de "ansiedad", al menos así lo refería ella en sus palabras, sesión tras sesión realizaba movimientos con sus manos jalándose el cuello de las blusas que traía, se le quebraba la voz, sonrojecimiento del pecho y del rostro, había signos de comenzar a llorar en todo momento y manifestaba sentir dolor en su pecho y adormecimiento o dolor en sus brazos; más en el brazo izquierdo.

Las intervenciones en los primeros momentos apuntaban a contener y sostener (*holding*) a *Anna*. Se le decía que en cuanto pusiera sus afectos en palabras, esa tensión, ansiedad o angustia que sentía iría disminuyendo, y así también su cuerpo dejaría de hablar por ella; en algunas ocasiones se le explicaba de manera metafórica la forma de trabajo, como la metáfora de la olla de presión.

Ya una vez cerrado mi ciclo en la maestría mudamos el trabajo analítico al consultorio privado, ahí se re-encuadro en el aspecto de los honorarios, ahora *Anna* pagaría 200 pesos la sesión pero seguía vigente la indicación de que si cancelaba un día antes no se le cobraría la sesión. Al paso del trabajo *Anna* comenzó a incurrir en varias insistencias, por lo que se recurrió a hacer un nuevo re-encuadre para afianzar su compromiso hacia con su propio proceso, se le indicó que de ahora en adelante avise o no avise, venga o no

venga, ella pagaría su sesión, porque este es su espacio, es su hora y ella sabe cómo usarla.

*Anna* dijo que no estaba de acuerdo con esta indicación, ponía como pretexto su situación económica; a la sesión siguiente se trabajó su insatisfacción hacia su jefe por “pedirle más trabajo”, se le interpretó que esa insatisfacción a la que se refería también era dirigida hacia mí por lo del asunto de los honorarios y se invitó a reflexionar sobre lo que pasa cuando ahora el otro es el que le pide cosas, argumenta que eso le molesta puesto que es ella la que sólo quiere pedir sin dar nada. Se le explicó la importancia del pago de los honorarios y de su hora de sesión que ella sabría como usarla.

*Anna* al parecer acepta estas condiciones para con su proceso y aún está en observación los posibles efectos en el análisis y en su vida cotidiana. Hasta aquí es dónde se dio el corte para la elaboración de esta investigación siendo esta intervención lo último trabajado.

### **5.1.2 Discusión y conclusiones personales**

El lugar del psicoanalista, o más bien el lugar que debe de ocupar el psicoanalista cuando enfrenta un trabajo clínico ha sido tema de múltiples debates. Yo sin darme cuenta de principio al tratar de darle un título a este trabajo, que debía ser acorde a lo que intentaría exponer para los fines del estudio de caso, planteé la palabra “entre” en el título mismo: *“Entre el amor, la insatisfacción y el deseo...”*, es decir, sin darme cuenta en un primer momento, pero ya haciendo retrospectiva de lo escrito y de lo trabajado en el *setting*, ese fue el lugar donde me posicioné y que dio la posibilidad para que el proceso analítico surgiera.

Es decir que hay que posicionarse no de un lado ni del otro, sino más bien “entre”; como lo marca el pilar de la neutralidad del dispositivo analítico, hay que estar en un lugar neutro, es decir “entre la realidad psíquica y la

realidad material”, “entre el yo y el ello”, entre la pulsión y la defensa”, “entre el ICC y el CC”, ese es el lugar de la neutralidad y por ende del psicoanalista como diría el Mtro. Felipe Flores.

Entonces el posicionarme en el lugar de “entre” el amor, la insatisfacción y el deseo de *Anna*; o sea, sin estar a favor ni en contra de ninguno de éstos, sirvió para que precisamente en base al juego transferencial se pudieran revelar las repeticiones y los actos, para que así, al igual que los afectos anclados en *Anna*, se pudieran poner en palabras disminuyendo así que su cuerpo y los actos hablaran por ella.

Al escribir la palabra “entre” en el título de este estudio de caso no sabía a qué exactamente me estaba refiriendo de principio. Ahora, pienso que quedó como anillo al dedo si lo que pretendía era abordar lo revelado en la transferencia analítica, ya que de haberme dejado llevar por el amor, la insatisfacción, o el deseo de *Anna*, no se hubiera podido establecer un trabajo psicoanalítico. Esta posición precisamente, si seguimos con el resto del título, posibilitó que la transferencia fuera puesta en escena y lo que lo que se reveló ahí.

Precisamente como parte de lo revelado en la transferencia fue la repetición de la forma en que *Anna* busca vincularse con los hombres, al revelárselo en el desdoblamiento, se ha venido dando a pie a que poco a poco empiece a recordar para dejar de repetir, y con ello comience a elaborar.

Como reflexión final acerca de mi paso por la maestría puedo decir que fue un reto que quise afrontar y que lo hice con mucho gusto, no sólo por el nivel de exigencia, sino también por lo que involucraba trabajar para la coordinación de la maestría a la par de llevar mis estudios. Fue una oportunidad que me llegó de repente, de la cual siempre voy a estar agradecido y que no quise desaprovechar. Creo que cumplí de buena manera con mi compromiso con la maestría y su coordinación, pero por supuesto también



reconozco que tuve mis fallas o errores de los cuales puedo ir aprendiendo también.

En el plano académico pienso que me ayudó a reafirmar aspectos de la teoría psicoanalítica que contribuirán enormemente en mi trabajo clínico. En el plano profesional puedo decir que la oportunidad de haber llevado 5 semestres de práctica clínica y contar con 2 supervisores por semestre me ha ayudado a ajustar tuercas en mi propia práctica y con ello ampliar y mejorar mi escucha analítica, que vendría siendo mi principal herramienta para el trabajo con mis pacientes. En mi opinión el aspecto de la práctica supervisada vendría a ser lo que hace que la maestría sobresalga, ya que es algo a lo que no tienen acceso estudiantes de otras maestrías o de otras instituciones.

En el plano personal pienso que nuestra maestría vale mucho la pena, sin duda es de las más criticadas pero también de las más demandadas y eso debe ser signo de que algo se estará produciendo y de que se están haciendo bien las cosas. Como ya lo he compartido en otros espacios, pienso que la institución no puede darnos todo y qué bueno que no lo hace, esa carencia nos da la posibilidad de seguir deseando, de salir en búsqueda de la continúa formación fuera de la institución (al menos para los que de verdad nos interesa y apasiona el psicoanálisis). La institución formalizada u oficial sería entonces sólo un punto o lugar de encuentro con la teoría, con la práctica, con el psicoanálisis. El resto corre por nuestra cuenta. La maestría ha fortalecido de cierta manera mi compromiso con la formación analítica.

Así que agradezco a la facultad por permitirme este encuentro con el psicoanálisis y por haber sido participe en muchos aspectos de este plan de estudios tanto como alumno como integrante de la coordinación, ya que planes pueden ir y venir, pero la esencia de la maestría de no cerrarse a una sola corriente o escuela psicoanalítica sigue vigente.

Muchas gracias.

## REFERENCIAS

### CAPITULO II

1. Freud, S. (2003) *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*. En *Obras completas*. Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1905). Pág. 7.
2. Breuer, J. y Freud, S. (2003) *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas*. Volumen II. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1893-95). Pág. 30.
3. *Ibíd.* Pág. 31.
4. *Ibíd.* Pág. 32.
5. *Ibíd.* Pág. 33.
6. *Ibíd.* Pág. 34.
7. *Ibíd.*
8. *Ibíd.* Pág. 35.
9. *Ibíd.*
10. *Ibíd.* Pág. 37. El paréntesis es mío.
11. *Ibíd.*
12. *Ibíd.*
13. *Ibíd.* Pág. 38.
14. *Ibíd.* Pág. 41.
15. *Ibíd.*
16. *Ibíd.* Pág. 41-2.
17. *Ibíd.* Pág. 42.
18. Freud, S. (2003) *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. En *Obras completas*. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Orig. 1894). Pág. 48.
19. *Ibíd.*
20. *Ibíd.* Pág. 49.
21. *Ibíd.* Pág. 50.
22. *Ibíd.*
23. *Ibíd.* Pág. 51.
24. *Ibíd.*
25. Freud, S. (2003) *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. En *Obras completas*. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1898). Pág. 261.
26. *Ibíd.* Pág. 272.
27. Freud, S. *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*, *op.cit.* Pág. 100.

28. *Ibíd.* Pág. 27.
29. *Ibíd.* Pág. 37.
30. *Ibíd.* Pág. 47-8.
31. Breuer, J. y Freud, S. *Estudios sobre la histeria*, *op.cit.* Pág. 306
32. Freud, S. *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*, *op.cit.* Pág. 101.
33. *Ibíd.*
34. *Ibíd.* Pág. 102.
35. *Ibíd.* Pág. 102-3.
36. Freud, S. (2003) *Sobre la dinámica de la transferencia*. En *Obras completas*. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Orig. 1912). Pág. 97-8.
37. *Ibíd.* Pág. 98.
38. *Ibíd.* Pág. 99.
39. *Ibíd.* Pág. 101.
40. *Ibíd.* Pág. 102.
41. *Ibíd.* Pág. 105.
42. *Ibíd.*
43. Freud, S. (2003) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En *Obras completas*. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Orig. 1915). Pág. 165.
44. *Ibíd.* Pág. 168.
45. *Ibíd.* Pág. 169. Las cursivas son mías.
46. *Ibíd.*
47. *Ibíd.*
48. *Ibíd.* Pág. 172.
49. *Ibíd.* Pág. 173.
50. Freud, S. (2003) *Mas allá del principio del placer*. En *Obras completas*. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Orig. 1920). Pág. 36.
51. Vanegas, G. (2005) *El amor en el texto Freudiano: Algunos elementos para la reflexión*. En Álvarez del Castillo, R. (Comp.) *Freud y el Psicoanálisis en la Uni-di-versidad*. Monterrey, N.L.: Ediciones Facultad de Psicología U.A.N.L. Pág. 58. Las cursivas y el paréntesis es mío.
52. *Ibíd.* Pág. 59.
53. *Ibíd.* Pág. 60.
54. *Ibíd.* Pág. 62.
55. *Ibíd.* Pág. 63.
56. *Ibíd.*
57. *Ibíd.* Pág. 65.
58. *Ibíd.* Pág. 67.
59. Nasio, J. (2010) *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós. Pág. 18.

60. *Ibidem.*
61. *Ibíd.* Pág. 19.
62. *Ibíd.* Pág. 19 y 20.
63. *Ibíd.* Pág. 48.
64. *Ibidem.*
65. *Ibíd.* Pág. 49.
66. *Ibíd.* Pág. 50-1.
67. *Ibíd.* Pág. 51-2.
68. Dor, J. (2006) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores. Pág. 88.
69. *Ibíd.* Pág. 90-1.
70. *Ibíd.* Pág. 92.
71. *Ibíd.* Pág. 93.
72. *Ibíd.* Pág. 94.
73. *Ibíd.* Pág. 95.
74. Mayer, H. (1986) *Histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós. Pág. 75. Los paréntesis son míos.
75. *Ibíd.* Pág. 77.
76. *Ibíd.* Pág. 77-8. El paréntesis es mío.
77. *Ibíd.* Pág. 78.
78. *Ibíd.* Pág. 79.
79. *Ibíd.* Pág. 80.
80. *Ibíd.* Pág. 83.
81. *Ibidem.*
82. *Ibíd.* Pág. 87.

### CAPITULO III

83. Muñiz, M. (2010) *El estudio de caso: Una estrategia de investigación en psicología clínica con orientación psicoanalítica*. En Muñiz, M. (Comp.) *El estudio de caso en Psicoanálisis Delimitación y Lenguaje*. Inédito.
84. *Ibidem.*

## BIBLIOGRAFIA

- André, J., Lanouzière, J. y Richard, F. (2001) *Problemática de la histeria*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Álvarez del Castillo, R. (Comp.)(2005) *Freud y el Psicoanálisis en la Uni-versidad*. Monterrey, N.L.: Ediciones Facultad de Psicología U.A.N.L.
- Breuer, J. y Freud, S. (2003) *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas*. Volumen II. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1893-95)
- Dor, J. (2006) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fernández, C. (Comp.)(2006) *El Cuerpo y sus Afecciones Reflexiones psicoanalíticas*. México, D.F.: Editorial Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Freud, S. (2003) *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. En *Obras completas*. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1894)
- Freud, S. (2003) *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. En *Obras completas*. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1898)
- Freud, S. (2003) *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*. En *Obras completas*. Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1905)
- Freud, S. (2003) *Sobre la dinámica de la transferencia*. En *Obras completas*. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1912)
- Freud, S. (2003) *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En *Obras completas*. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1915)
- Freud, S. (2003) *Mas allá del principio del placer*. En *Obras completas*. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1920)

Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidòs. (Orig. 1964)

Mayer, H. (1986) *Histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Muñiz, M. (2010) *El estudio de caso en Psicoanálisis Delimitación y Lenguaje*. Inédito.

Nasio, J. (2010) *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Perrès, J. (2000) *Proceso de Constitución del Método Psicoanalítico*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.

.