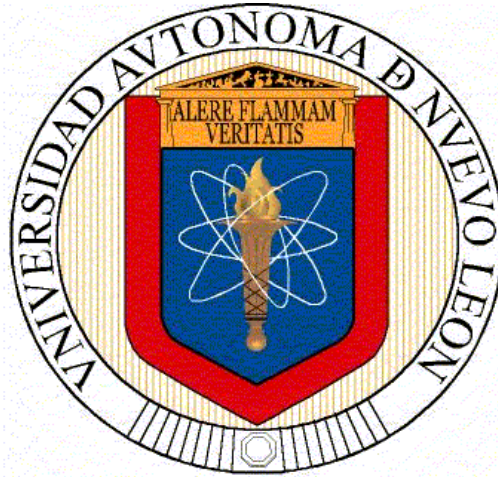


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**“DE TESTIGO A LA ASUNCIÓN DEL DESEO: AVATARES DEL
TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO EN UNA PACIENTE
TESTIGO DE JEHOVÁ”.**

POR

CECILIA NEGRETE MORALES

TESIS

**EN OPCIÓN AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN.

2014



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

SUBDIRECCION DE POSGRADO DE

LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN

CLÍNICA PSICOANALÍTICA

“DE TESTIGO A LA ASUNCIÓN DEL DESEO:

AVATARES DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

EN UNA PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ”.

ESTUDIO DE CASO

PRESENTA:

CECILIA NEGRETE MORALES

MONTERREY, NUEVO LEÓN 2014.

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo, Armando, por su comprensión, apoyo y paciencia en este período de mi formación clínica, tan importante para mí.

A mi hijo, Leonardo Elías, quien me acompañó en mi vientre el último semestre de mis estudios de maestría y en la realización de este trabajo.

A mis padres, quienes siempre me han motivado a seguir preparándome.

A mis hermanos y demás familiares, quienes siempre estuvieron al pendiente de mí, apoyándome; especialmente a mi tía Maricela Ancer y al rector de la UANL, el Dr. Jesús Ancer Rodríguez, ya que gracias a ellos este sueño fue posible.

Agradezco también a la Facultad de Psicología y a muchos maestros quienes con su amor por el psicoanálisis, han sido una inspiración para mí. Especialmente a la Mtra. Nilda Salazar, quien fue mi supervisora en el presente caso.

A mi director de tesis, el Dr. Guillermo Vanegas, por compartir sus conocimientos y guiarme en la realización de este trabajo; así como a mis revisores, el Dr. Alejandro Moreno y la Mtra. Graciela Navarro por todo su apoyo.

A mis compañeros de maestría, quienes hicieron muy grato este camino, a mis amigos.

A mis pacientes, quienes han depositado su confianza en mí y por quienes tengo un compromiso de seguir en formación.

¡Gracias!

ÍNDICE

Resumen.....	5
Capítulo 1. Palabras Preliminares.....	6
1.1 Introducción.....	7
1.2 Antecedentes.....	10
1.3 Objetivos y supuestos.....	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.3.3 Supuestos.....	14
1.4 Limitaciones y Delimitaciones.....	15
1.5 Justificación.....	16
Capítulo 2. Marco Teórico.....	17
2.1 Introducción.....	18
2.2 Contexto histórico.....	19
2.3 Histeria: Conversiva y fóbica. Rasgos de carácter.....	24
2.4 La lógica fálica.....	28
2.5 Sexualidad. El deseo insatisfecho. Complejo de Edipo.....	30
2.6 La identificación histérica.....	31
2.7 La cuestión religiosa. El yo y las masas.....	32
2.8 El tratamiento psicoanalítico.....	34
Capítulo 3. Metodología y Procedimientos.....	36
3.1 Metodología.....	37
3.1.1 El Método.....	37
3.1.1.1 El Modelo Psicoanalítico.....	38
3.1.1.2 Encuadre Psicoanalítico.....	38

3.1.1.3 Proceso analítico.....	39
3.2 Técnicas y estrategias de Intervención.....	40
3.2.1 Instrumentos para recabar la información.....	40
3.2.2 Instrumentos de concientización.....	40
Capítulo 4. Estudio de Caso.....	41
4.1 Historial Clínico.....	42
4.1.1 Resumen general del caso clínico.....	42
4.1.2 Motivo de consulta.....	47
4.1.3 Demanda de tratamiento.....	48
4.1.4 Sintomatología.....	48
4.1.5 Impresión diagnóstica.....	49
4.2 Estructura subjetiva.....	49
4.2.1 Contexto familiar.....	50
4.2.2 Figuras significativas.....	51
4.2.3 Estructuración edípica.....	52
4.2.4 Eventos traumáticos.....	52
4.2.5 Perfil subjetivo.....	54
4.3 Construcción de Caso.....	55
4.3.1 La relación con el padre omnipotente y la religión.....	55
4.3.2 La dificultad para identificarse con una madre que la coloca en el lugar de sirvienta.....	58
4.3.3 Los avatares en la transferencia permiten una nueva forma de identificación femenina.....	64
Capítulo 5. Síntesis y Conclusiones	68
5.1 Síntesis de la intervención clínica.....	69
5.2 Discusiones y conclusiones personales.....	70
Bibliografía.....	72

RESUMEN.

El presente Estudio de Caso aborda la problemática de una Neurosis de Histeria, centrándose en la dinámica en relación con el deseo y la identificación femenina histérica, la cual, se encontraba conflictuada por una madre castrante, quien intentaba anular el deseo de la paciente; así como por la práctica religiosa que profesaba como Testigo de Jehová, la cual ejercía una influencia importante en su estructuración psíquica.

Para esto, se hará uso de una breve reseña histórica sobre el desarrollo del estudio y tratamiento de la histeria desde la Época Clásica , en la cual era vista como una enfermedad de los espíritus ; pasando por Charcot , quien pudo realizar una explicación acerca de la relación entre las emociones , el cuerpo y la sugestionabilidad de la histeria; hasta Freud, este último permitiendo que existiera un tratamiento para este padecimiento, el cual sentó las bases del método psicoanalítico ; así como autores contemporáneos, quienes nos brindan nuevas aportaciones.

Además para clarificar y ejemplificar dicha temática expondremos el análisis de un caso llevado en la clínica, a través del cual podremos escuchar el discurso de esta estructura y un reposicionamiento subjetivo de la paciente, en vías de la asunción de su deseo. Esto a través de categorías descriptivas en donde se señalarán momentos específicos del discurso de la paciente y de las intervenciones psicoterapéuticas, encaminadas a la evolución del caso, en donde la paciente logró realizar movimientos importantes.

CAPÍTULO 1

PALABRAS PRELIMINARES

1.1 INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo abordaremos el caso de una paciente con estructura histórica y cuya religión como Testigos de Jehová, influía marcadamente en su estructura como sujeto, llegando a ser testigo de su propia vida, siendo agente pasivo y observador de las decisiones que tomaban por ella los otros (familia, miembros de la religión) y cómo el trabajo de análisis le permitió ir trazando un reposicionamiento subjetivo, en vías de la asunción de su deseo, decimos en vías por que el tratamiento fue interrumpido por la paciente, poco después del año, aun así el análisis le permitió movimientos importantes.

La paciente presentaba dificultades para vincularse, tanto con personas del sexo masculino (nunca había tenido una relación de pareja), como con amistades de sexo femenino; encontrándose en búsqueda de una identificación femenina que le permitiera contestar a la pregunta: ¿qué es ser mujer?, pues su madre le devolvía una imagen de mujer que no le gustaba, con la que no concordaba, una mujer que está ahí para servir al hombre y a Dios. Teniendo una madre que intentaba anular su deseo y la colocaba en el lugar de sirvienta.

Así mismo, estas dificultades, se sumaban a las de su religión, en la cual, según ella refería, se sentía observada y juzgada, llegando a tener tal peso en su vida, que en su discurso se escuchaba con frecuencia: “Yo como testigo (debo pensar o debo hacer)....”, siendo el análisis lo que le permitió escucharse y escuchar su deseo.

Pimentel (2002) en su artículo “Los Testigos de Jehová y el consentimiento informado”, refiere que éstos son una joven asociación religiosa mundial dirigida por Watchtower of New York, con connotaciones sectarias ya que mediante control mental se procura la transformación de la personalidad del nuevo miembro. En las congregaciones se vigilan unos a otros y en un ambiente tan reducido no hay opciones: la conducta del Testigo de Jehová es siempre excelente, ya sea por convencimiento o por temor, de no haber tal conducta , todo testigo de Jehová

tiene la obligación de delatar al infractor, así mismo, se ha indicado que existe un archivo que contiene información acerca de los pecados graves , que cada testigo comete , por lo que toda información relacionada con la vida privada del testigo se mantiene en los archivos maestros de la Sociedad de Nueva York y nunca son destruidos, así a cualquier parte del mundo a donde vaya un testigo de Jehová le acompañará su archivo. Un ejemplo de esto, es que a lo largo del tratamiento, la paciente se ausentaba por algunas semanas a la congregación, pero iban a buscarla y a hablar con ella, generándole un temor a un castigo de Dios, de que algo malo le pudiera pasar, por no estar acudiendo a los grupos de estudio.

La relación con su madre, la cual no le permitía una identificación femenina favorecedora, junto con los preceptos de su religión, le dificultaba a la paciente asumirse como sujeto deseante, pues prácticamente todas las cosas que eran de su interés, fuera de la religión eran vistas como algo “malo”. Es aquí, donde se encuentra también su conflicto histórico en relación a su femineidad y la pregunta: ¿qué es ser mujer?

El presente Estudio de Caso está dividido en cinco capítulos, en los cuales se va realizando la intercalación entre teoría y clínica, y que son esbozados a continuación:

Capítulo 1. En el primer capítulo , se introduce el tema a tratar y sus antecedentes; así mismo, se establecen los objetivos y supuestos de los que parte la investigación, los cuales consisten en analizar la influencia de la religión , en este caso, de los Testigos de Jehová, en la estructuración subjetiva de una histeria femenina, así como los cambios de posicionamiento a raíz del tratamiento analítico y de la transferencia; teniendo como premisa que éste tratamiento es el que mejor permite al sujeto escucharse, conocerse y esto a su vez le permite asumir su deseo y conducirse de una manera más libre. Para finalizar el capítulo, se incluyen tanto las limitaciones, delimitaciones y justificación que guiaron el rumbo del presente trabajo.

Capítulo 2. Este capítulo corresponde al Marco Teórico, en donde se conduce al lector por un breve recorrido teórico acerca del desarrollo del estudio de la histeria y su tratamiento, desde Freud hasta autores contemporáneos, esto con el fin de relacionarlo al análisis de nuestro Estudio de Caso.

Capítulo 3. En este tercer capítulo se pretende seguir avanzando en la construcción del Estudio de Caso, enunciando la metodología con la cual se trabajó, enfocándonos en que el método de la intervención psicoanalítica se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa.

Capítulo 4. Este consta del Estudio de Caso Clínico propiamente dicho, donde la teoría y la práctica se entrelazan para llevarnos a su análisis. Se divide en tres apartados, iniciando con la exposición del Historial Clínico, aproximando al lector con el caso; posteriormente, analizando la Estructura Subjetiva de la paciente; y por último, la Construcción de Caso, en donde se muestran, a través del uso de categorías descriptivas, extractos de viñetas a lo largo de todo el proceso que dan seña del trabajo de análisis que se estuvo realizando.

Capítulo 5. Finalmente, en este capítulo, se llega a las conclusiones de la investigación, realizando una síntesis de la intervención, así como de la evolución que fue teniendo el caso en el transcurso del proceso. Y, para concluir, se incluye un apartado para la discusión y conclusiones personales del terapeuta sobre la influencia del presente trabajo, que fue elegido para Estudio de Caso, así como la importancia que tuvo el paso por la Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica.

1.2 ANTECEDENTES

Sabemos que la concepción de histeria ha tenido un largo recorrido, desde los griegos y desde la época clásica y moderna hasta la actualidad. Su noción es muy antigua, puesto que se remonta a Hipócrates. Su delimitación ha seguido los avatares de la historia de la medicina.

Desde los griegos, histeria viene de la palabra *hyster* que significa útero. De esta manera, en un primer momento se asociaba al sexo femenino.

En “Historia de la Locura en la época Clásica”, Foucault nos realiza un recorrido acerca de las teorías que giraban en torno a la histeria: “A finales de la época clásica, Cullen clasificará la histeria entre las “afecciones espasmódicas de las funciones naturales”, Sauvages la clasifica entre las formas de convulsión (...) Éstos, siguen la enseñanza de Willis que estudió la histeria en su libro *De Morbis convulsivis*, donde se refiere que se creía que los espíritus sobrecalentados son sometidos a una presión recíproca, que podrían hacer creer que están estallando, la presión suscita los movimientos irregulares o preternaturales, que se manifiestan en el insensato en forma de convulsión histérica (...) La histeria era también ligada a la hipocondría. La histeria y la hipocondría se agregan durante la época clásica al campo de las enfermedades del espíritu”. (Foucault, 1956, pp. 433-436).

Foucault refiere que para Raulin se coloca la histeria dentro de la patología de la imaginación, ya que señala que está enfermedad que hace a las mujeres inventar, exagerar y repetir todos los distintos absurdos que es capaz una mente desarreglada, algunas veces ha llegado a ser epidémica y contagiosa. Así mismo, Foucault expresa que la noción de histeria recoge todos los fantasmas, no los de aquel que se cree enfermo, sino los del médico ignorante que finge saber; y que hay dos líneas evolutivas en la época clásica, respecto a la histeria y a la hipocondría, una que las acerca al concepto común de “enfermedad de los nervios”; otra que modifica su significado y la estructura original de su patología y

que tiende a integrarla dentro de las enfermedades del espíritu, al lado de la manía y la melancolía. Así mismo, nos anima a revisar el texto de Willis sobre la histeria : “Entre las enfermedades de las mujeres, la pasión histérica tiene tan mala reputación, que a la manera de los *semidamnati* , tiene que cargar con las culpas de otras afecciones; si en una mujer se presenta una enfermedad de naturaleza desconocida y de origen oculto, cuya causa se ignore y cuya terapéutica sea incierta, inmediatamente señalamos la mala influencia del útero, que en la mayor parte de los casos no es el responsable, y cuando nos encontramos con un síntoma inhabitual declaramos que existe un principio de histeria, y a ésta, que tan a menudo ha sido el subterfugio de que se vale la ignorancia, la tomamos como objeto de nuestro cuidado y nuestros remedios” (Foucault, 1956, p.435)

A finales del siglo XIX, especialmente por influencia de Charcot, pasó a primer plano el problema planteado por la histeria al pensamiento médico y al método anatomoclínico imperante (...) se buscó por una parte, ante la ausencia de toda lesión orgánica , atribuir los síntomas histéricos a la sugestión; por otra, conceder a la histeria la denominación de enfermedad como las otras, tan definida y precisa en sus síntomas como, por ejemplo, una afección neurológica. El camino seguido por Breuer y Freud les condujo a superar esta oposición (...) Ya es sabido que el hallazgo de la etiología psíquica de la histeria corre parejas con los principales descubrimientos del psicoanálisis. (Laplanche, 1967. p. 171).

Luis Breger (2000) nos refiere que hacia la década de 1880, Charcot comenzó a interesarse por la histeria, la cual era una afección poco comprendida, estaba estigmatizada por la profesión médica y se le asociaba con la brujería y los estados de posesión demoníaca característicos de la Edad Media. Las pacientes histéricas exhibían gran variedad de síntomas: amnesias, parálisis, espasmos, movimientos involuntarios, anestesia, etc. Charcot contribuyó de manera crucial a la comprensión de la histeria, determinó el carácter psicológico y traumático de los síntomas, y realizó demostraciones convincentes aplicando el hipnotismo, en los pabellones de la Sâlpêtrière. Así mismo, Charcot documentó varios casos de

histeria masculina, con lo que demostró que no existía, tal como se creía en ese tiempo, una vinculación entre la enfermedad y los órganos sexuales femeninos. Por otra parte, Charcot no desarrollo ningún método eficaz de tratamiento, se trataba a las histéricas con electricidad, prescribiéndoles hierro, etc.

En esa época se utilizaba la hipnosis y la electroterapia, así como terapias de reposo, donde se le recomendaba al paciente ir a algún balneario a descansar, etc.

Freud fue fuertemente influenciado por las enseñanzas de Charcot, y posteriormente, en 1886, trabajó con Breuer, con quien, en 1895 publicaría “Estudios sobre la Histeria” en donde Breuer empezaba a utilizar el método catártico, con su paciente Bertha Pappenheim (“Anna O.”) y refieren:

“Los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y permanentemente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto”. (Freud, 1895, p. 32).

El estudio de la histeria nos liga a conceptos psicoanalíticos básicos, algunos de los cuales, trataremos de ir desarrollando, para el estudio de nuestro caso.

El presente caso es elegido para su estudio, por diversos motivos. Por una parte, fue un caso con el cual se estuvo trabajando por un año dos meses, en la Unidad de Servicios Psicológicos; aunque con algunas interrupciones de parte de la paciente, debido a varias resistencias que se presentaban al tratamiento, pero también estos lapsos fueron vividos a manera de elaboración, de lo trabajado en terapia.

Dentro de las religiones, especialmente, de la de Testigos de Jehová, se conducen dentro de ciertas reglas , prohibiciones y ritos, que los van definiendo como sujetos, produciéndose una identificación imaginaria, donde se trataría de imitar al otro, confundiéndose entre sí, alienándose. Justo el análisis se trataría de que el sujeto logre cuestionarse sobre su posición, sobre su deseo, logrando diferenciarse del otro. Así mismo, en ellos pareciera operar un principio mágico de contagio, en varios preceptos, cómo si por medio del contacto con alguien “pecador” ellos también pudieran caer en pecado, esto también opera al no aceptar las transfusiones de sangre, ya que ellos consideran que en la sangre se encuentran cualidades del alma, de la personalidad, ya sea positivos o negativos, que se confundirían con las de la persona a la que se le transfundiría sangre.

Trabajar con casos de histeria es inherente a nuestro quehacer clínico, siendo de vital importancia tener un bagaje teórico, acerca de esta estructura clínica y del recorrido teórico que ha tenido este concepto dentro del psicoanálisis y sus aportaciones al mismo, desde Freud hasta la actualidad y sus diversas manifestaciones.

1.3 OBJETIVOS Y SUPUESTOS

1.3.1 Objetivo general.

Analizar la influencia de la religión de Testigos de Jehová en la estructuración subjetiva de una histeria femenina.

1.3.2. Objetivos específicos.

Analizar de qué forma las prácticas religiosas influyen de tal manera en la vida del sujeto que lo limitan en su deseo.

Analizar la identificación con la madre edípica en la imposibilidad de asumir el deseo de una paciente histérica.

Describir los avatares y los cambios de posicionamiento a raíz del tratamiento psicoterapéutico de una paciente Testigo de Jehová.

1.3.3 Supuestos.

En la histeria femenina la pregunta sobre la femineidad (¿qué es ser mujer?) define la subjetividad del sujeto.

El análisis y el cuestionamiento del pensamiento religioso permiten la reflexión sobre la identidad y ofrece la posibilidad de un cambio de posicionamiento subjetivo.

1.4 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Sabemos que todo tratamiento psicoanalítico presenta resistencias puesto que pone en cuestionamiento las certezas del paciente y aflora las angustias, sin embargo, es el tratamiento que permite un mejor conocimiento del sujeto, lo cual le va a permitir un reposicionamiento subjetivo en diversas áreas de su vida.

En el presente caso, consideramos que varias de las resistencias presentadas eran justo al cuestionar las creencias que conformaban a la paciente en su subjetividad, cuestionamientos que ella misma ya traía desde un inicio al tratamiento, pero que le asustaban, pues es algo prohibido el solo hecho de cuestionarse, desde su religión. Así mismo, hubo personas cercanas, como algunos familiares y miembros de la Congregación que ella frecuentaba que le pedían dejar el tratamiento, pues desde el punto de vista de ellos, la terapia más que un *bien*, le hacía un *mal*, sobre todo cuando la paciente dejaba de asistir a las reuniones y de predicar las creencias que ella ya no podía sostener. Por lo tanto, la paciente llegó a tener varias inasistencias, dificultando el tratamiento, hasta que lo llegó a interrumpir por primera vez en Julio 2012 por este motivo. Posteriormente, se puso en contacto y continuó su terapia por un par de meses, volviéndolo a interrumpir en Octubre 2012, pero en esta ocasión logrando ponerlo en palabras, y aunque se escuchaban las resistencias, también fue por cuestiones de estudio y trabajo, en las cuales era difícil coincidir con los tiempos de sesión posibles en la USP, señalándole que era importante tratar de retomar su análisis en cuanto pudiera.

Consideramos que, los recursos yoicos con los que ya contaba la paciente, además de la intervención psicoanalítica, permitieron en ella movimientos importantes que le permitieron pasar de ser *testigo*, espectadora de su vida, donde los demás decidían por ella, a ir escuchando y asumiendo su deseo, llegando a ser más activa en torno a decisiones importantes en su vida, como continuar sus estudios.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Pensamos que los aportes de la presente intervención son importantes, en la medida en que nos permite cuestionarnos acerca de las certezas con las que nos constituimos, muchas de las veces, religiosas y que alienan al sujeto, obstruyendo su deseo y los alcances que puede tener la terapia psicoanalítica. Especialmente en esta época en que se busca constantemente terapias de tiempo breve, que lo que ofrecen es la “eliminación” (taponeo) del síntoma, desechando el discurso del paciente y su subjetividad.

Así mismo, pensamos que, dentro del psicoanálisis, el Estudio de Caso es un recurso importante para realizar nuestra investigación, la cual se da de forma cualitativa. Como refieren Merriam y Pérez Serrano (1998) un estudio de caso cualitativo es elegido cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir e interpretar más que en probar hipótesis.

Así pues, para recibir, producir y compartir conocimiento dentro del campo analítico es importante seguir cuestionándonos acerca de nuestro quehacer y exponer un poco del trabajo que realizamos en la búsqueda de una enriquecedora discusión que nos permita seguir en formación.

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

*El interés del que estudia la histeria no
tarda en apartarse de los síntomas para
dirigirse a los fantasmas que la producen.*

S. Freud

2.1 Introducción.

En el presente trabajo analizaremos el caso de una paciente con estructura histérica, cuya religión como Testigo de Jehová le funcionaba como mecanismo para alienar su deseo con el del Otro, colocándola en una posición pasiva respecto a su vida, sirviéndole la religión para confundirse con los otros, fundir su deseo, su identidad, sus pensamientos con el de los demás, hasta el momento en el que empezó a cuestionarse sobre todo esto y el ¿qué es ser mujer?

A continuación, para el desarrollo de nuestro trabajo en relación a la histeria, expondremos un recorrido breve acerca del desarrollo de este concepto, desde la antigüedad, en la cual era vista como una enfermedad o como el efecto de espíritus, hasta los estudios de Charcot y Freud, éste último brindando una alternativa de tratamiento ante las manifestaciones psicopatológicas de esta estructura psíquica y algunos otros autores contemporáneos, así como algunos conceptos básicos. También expondremos un poco acerca de la influencia de las masas y los grupos, relacionándolo al peso que ejercía en la paciente su religión, en la conformación de su subjetividad.

Freud (1896) en “La etiología de la histeria” nos refiere que los síntomas de la histeria derivan su determinismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica. En este mismo artículo, Freud señala que las escenas traumáticas no forman nexos simples, sino unos nexos ramificados, pues a raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas, como recuerdos; es decir, ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real

sola, sino que todas las veces el recuerdo de las vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, cooperan en la causación del síntoma.

2.2 Contexto histórico.

La noción de enfermedad histérica es muy antigua, puesto que se remonta a Hipócrates. A finales del siglo XIX, especialmente por influencia de Charcot, pasó a primer plano el problema planteado por la histeria al pensamiento médico (...) intentando establecer el mecanismo psíquico se adhiere a toda una corriente que considera la histeria como una enfermedad por representación. El hallazgo de la etiología psíquica de la histeria corre parejas con los principales descubrimientos del psicoanálisis (inconsciente, fantasía, conflicto defensivo y represión, identificación, transferencia, etc.). (Laplanche, 1966, p. 172)

En 1895 Breuer y Freud publican Estudios sobre la histeria, que a menudo se cita como la primera obra del movimiento psicoanalítico, ambos comenzaron a trabajar con varios pacientes afectados de trastornos nerviosos, entre los que destacó el famoso Caso Anna O., una joven inteligente con síntomas histéricos graves y difusos (...) de aquí surge la “cura por el habla”, dando lugar a la asociación libre, principal técnica del método analítico. (Brennan, 1999, p. 230)

El mismo Freud en el prólogo de la segunda edición de “Estudios sobre la histeria”, refiere que en ese libro se hallan los inicios de todos los posteriores agregados a la doctrina de la catarsis: como el papel de los factores psicosexuales y del infantilismo, la significación de los sueños y del simbolismo de lo inconsciente. Aquí Freud encuentra 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 el proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto.

Es decir, que la representación irreconciliable y el afecto pudieran volver a unirse y expresarlo a través de la catarsis. Posteriormente, entenderemos que además de

esta importancia de hablarlo y ligarlo al afecto, va de la mano con la transferencia, es decir, a quién va dirigido este discurso y la escucha que hay de él.

A esta separación de la representación y el afecto, Freud (1895) la llama escisión de la consciencia o doble consciencia, la cual existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar, y con ello al surgimiento de estados anormales de consciencia, que resumiremos bajo el nombre de hipnoides, sería el fenómeno básico de esta neurosis.

Freud refiere que el complejo sintomático de la histeria justifica el supuesto de una escisión de la consciencia con formación de grupos psíquicos separados. Así mismo, se encuentra que en personas del sexo femenino, tales representaciones irreconciliables nacen las más de las veces sobre el suelo del vivir y el sentir sexuales y su propósito de ahuyentarlas, el olvido no se logra y se llevan a cabo diversas manifestaciones patológicas.

El caso de Anna O. es el de una joven de 21 años que presentaba perturbaciones graves de la visión, parálisis parcial, tisis nerviosa, dolores de cabeza, asco, falta de apetito, mutismo y dificultad para hablar en su lengua materna; esto a raíz de la muerte del padre, a quien cuidó en su enfermedad. Freud utilizó con ella tanto la hipnosis como la catarsis, en la cual, la paciente le expresaba sus recuerdos y quedó sorprendido al ver desaparecer algunos síntomas después de esta comunicación, a la que la misma paciente denominó "the talking cure". Posteriormente, con el caso de Emy von N., Freud continuaría utilizando y perfeccionando el método catártico y posteriormente la asociación libre, hasta dejar de lado la hipnosis.

En "la herencia y la etiología de las neurosis", Freud explica como causa de la histeria, algún acontecimiento sexual traumático que haya vivido la paciente: "Sin duda se trata de un recuerdo que obedece a la vida sexual (...) una experiencia precoz de relaciones sexuales con irritación efectiva de las partes genitales, resultante de un abuso sexual practicado por otra persona y el período de la vida en que ocurre este acontecimiento funesto es la niñez temprana (...)

experiencia sexual pasiva antes de la pubertad, tal es pues, la etiología específica de la histeria” (Freud, 1896, p. 151)

Freud (1888) en el artículo “Histeria” nos narra como este término proviene de los primeros tiempos de la medicina y expresa el prejuicio, sólo superado en nuestra época, de que esta neurosis va unida a unas afecciones del aparato genésico femenino, refiere que su apreciación y su mejor inteligencia sólo se inician con los trabajos de Charcot y de la escuela de la Salpêtrière, por él inspirada.

Tomemos en cuenta la modificación que Freud introdujo en 1900: el origen de la histeria es un fantasma inconsciente, no una representación. Freud considera que para explicar la aparición de un síntoma de conversión, ya no es necesario descubrir un acontecimiento traumático real en la historia del paciente (...) cada experiencia vivida en nuestra niñez, en el nivel de las diferentes zonas erógenas tienen el exacto valor de un trauma; designando trauma como un acontecimiento psíquico cargado de afecto, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que el psicoanálisis llama fantasma. (Nasio, 1990, p.43).

El primer caso que Freud trabajó ya con el método psicoanalítico fue el de Dora, en el año de 1900, caso que fue publicado en 1905. En un primer momento, Freud había planeado llamarle “Sueños e Histeria”, ya que el esclarecimiento del caso está en dos sueños: uno a mediados y otro a finales del tratamiento. La interpretación de los sueños se inserta en el trabajo de análisis.

“El sueño es uno de los rodeos por los que se puede sortear a la represión, uno de los principales recursos de la llamada figuración indirecta en el interior de lo psíquico”. (Freud, 1905, p.15)

El caso Dora fue llevado por Freud de octubre a diciembre de 1900, en 1901 Freud redacta el historial, en 1903 es la última vez que ve a Dora y en 1905 es publicado el caso. Dora mostraba desazón, no estaba satisfecha consigo misma, se enfrentaba hostilmente a su padre y no se entendía con su madre, un día los padres encontraron una carta en la que se despedía porque ya no podía soportar

la vida. Los síntomas que presentaba eran disnea, tisis nerviosa, afonía, migrañas, desazón, insociabilidad histérica, conflicto de los afectos y conmoción de la esfera sexual.

El discurso de Dora gira en torno a los conflictos que le ocasionaba el haberse dado cuenta que su padre sostenía una relación amorosa con otra mujer, la Sra. K y el hecho que, a su vez, el Sr. K le había hecho propuestas amorosas a Dora. En esta propuesta amorosa recae el trauma psíquico que genera toda histeria, aunque hay que recordar que sus síntomas iniciaron en la infancia y hay que encontrar ahí el trauma. Dora creía que se permitía que el Sr. K se le acercara como precio a la relación que su padre tenía con la Sra. K. Dora relata que a los 14 años el Sr. K le había dado un beso en la boca y en lugar de excitarla, le dio asco. Después siguieron frecuentándose como si nada. Comía mal, y seguía, en ocasiones, sintiendo esa opresión de un brazo en su cuerpo, no quería pasar junto a ningún hombre que estuviera en tierno coloquio con una dama.

“Yo llamaría histérica, sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer (...) por lo menos uno de los significados de un síntoma corresponde a la figuración de una fantasía sexual, mientras que los otros significados no están sometidos a esa restricción en su contenido. Pronto se averigua cuando se emprende el tratamiento psicoanalítico, que un síntoma tiene más de un significado y sirve para la figuración de varias ilaciones inconscientes de pensamiento (...) en el varón y en la niña, se observan durante la pubertad, aún en casos normales, claros indicios de la existencia de una inclinación hacia el mismo sexo, en mujeres y muchachas histéricas cuya libido dirigida al hombre ha experimentado una sofocación enérgica, por regla general hallamos reforzada vicariamente, y aún consciente en parte, la libido dirigida a la mujer ” (Freud,1905,p.27)

Dora sentía mucha admiración por la Sra. K, creía que los regalos que le hacía su padre, venían en realidad de ella. Detrás de la ternura que Dora mostraba al padre, estaba el coraje que le propiciaba la situación de la relación que él tenía con la Sra. K.

Si la histérica es tan gustosamente subyugada por otra mujer investida como modelo, es porque supuestamente está última puede responder a la pregunta crucial de la histérica: ¿Qué es ser una mujer? (Dor, 1991, p.105)

Freud (1905) menciona 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.

En “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis” Freud refiere que: ... “estudiando (sobre) la génesis de síntomas histéricos (...) Llegamos a conclusiones que permitían echar los puentes desde la histeria traumática de Charcot, hasta la histeria común, no traumática. He aquí la concepción que nos habíamos formado: los síntomas histéricos eran afectos persistentes de traumas psíquicos, particulares condiciones impidieron la elaboración consciente de las masas de afectos que le correspondían, y por eso ellas se facilitaron una vía anormal en la inervación corporal. Las expresiones “afecto estrangulado”, “conversión” y “abreacción” resumen las notas distintivas de esta concepción (...) La histeria es la expresión de un comportamiento particular de la función sexual del individuo, y ese comportamiento ya estuvo marcado de manera decisiva por las influencias y vivencias que se recibieron en la infancia”. (Freud, 1905,p.264)

Un momento importante, es cuando Freud , en la carta 69 a Fliess, le refiere “ya no creo en mis histéricas” , esto en el contexto de la teoría de la seducción como origen de los síntomas histéricos. Después llega a la conclusión, de que en el inconsciente no se puede distinguir la realidad de la fantasía. También podemos encontrar, que Freud, en el texto antes citado de 1905 continua explicando sobre este punto, diciendo que los síntomas histéricos ya no aparecen más como retoños directos de los recuerdos reprimidos, de vivencias sexuales infantiles, sino

que entre los síntomas y las impresiones infantiles se intercalaban las fantasías (invenciones de recuerdos) de los enfermos, casi siempre producidas en los años de la pubertad.

Si la consideramos desde un ángulo descriptivo y partimos de los síntomas observables, la histeria se presenta como una entidad clínica definida; en cambio, si la encaramos desde un punto de vista relacional, concebiremos la histeria como un vínculo enfermo del neurótico con el otro y, particularmente en el caso de la cura, con ese otro que es el psicoanalista. (Nasio, 1990,p.15). En cuanto a los síntomas nos referimos a los trastornos de la motricidad, de la sensibilidad y sensoriales, éstos son casi siempre transitorios y no resultan de ninguna causa orgánica.

2.3 Histeria: Conversiva y Fóbica. Rasgos de carácter.

Hay una inclinación de la histeria por la disociación de la conciencia, es decir, la representación penosa contrastante, en apariencia inhibida, es arrancada de su asociación con el designio, y entonces subsiste, a menudo inconsciente para el propio enfermo, como una representación separada. Ahora bien, lo histérico por excelencia es que, cuando llega el caso de ejecutar el designio, esta representación contrastante inhibida se objetiva , por vía de inervación corporal. (Freud, 1892, p.156). Aquí Freud se refiere a designios a las representaciones que uno mismo tiene sobre hacer algo en determinada situación.

Es decir, el mecanismo de defensa que opera es la represión, pero ésta fracasa, pues aunque logra desalojar la representación, el afecto perdura en lo inconsciente y desde ahí ejerce su efecto, surgiendo el síntoma.

Dor (1991) nos refiere que la histeria es una 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 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); así mismo, la especificidad de la histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos y en el afloramiento del conflicto edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral.

Como sabemos, el sujeto histérico presenta una inclinación a los síntomas conversivos, así como a síntomas fóbicos.

Freud (1905) nos explica que el motivo para enfermar es en todos los casos una ganancia, ya que el enfermarse ahorra, ante todo, una operación psíquica, se presenta como la solución económicamente más cómoda en caso de conflicto psíquico.

Freud nos refiere: “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, sea como una inervación motriz irresoluble o como una sensación alucinatoria que de continuo retorna, y que permanecerá ahí hasta que sobrevenga una conversión en la dirección inversa. En tales condiciones, la huella mnémica de la representación reprimida no ha sido sepultada , sino que forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo”. (Freud, 1894,p.51)

Así mismo, Freud nos dice acerca del síntoma histérico que es muy importante estar preparado para su significado bisexual :

1. El síntoma histérico es el signo mnémico de ciertas impresiones y vivencias (traumáticas) eficaces.
2. El síntoma histérico es el sustituto, producido mediante conversión del retorno asociativo de esas experiencias traumáticas

3. El síntoma histérico es – como lo son también otras formaciones psíquicas- expresión de un cumplimiento de deseo.
4. El síntoma histérico es la realización de una fantasía inconsciente al servicio del cumplimiento del deseo.
5. El síntoma histérico sirve a la satisfacción sexual y figura una parte de la vida sexual de la persona
6. El síntoma histérico corresponde al retorno de una modalidad de la satisfacción sexual que fue real en la vida infantil y desde entonces fue reprimida
7. El síntoma histérico nace como un compromiso entre las mociones pulsionales o afectivas opuestas , una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual , mientras que otra parte se empeña en sofocarlos.
8. El síntoma histérico puede asumir la subrogación de diversas mociones inconscientes no sexuales, pero no puede carecer de un significado sexual.
9. Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por un parte, y femenina, por la otra. (Freud, 1908, p. 144).

“Nuestros enfermos de histeria sufren de reminiscencias. Sus síntomas son restos y símbolos mnémicos de ciertas vivencias (traumáticas) (...) no es solo que recuerden las dolorosas vivencias de un lejano pasado , todavía permaneces adheridas a ellas , no se libran del pasado y por ello descuidan la realidad efectiva y el presente” (Freud, 1910).

Posteriormente, Freud en “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” nos relata sobre cómo fue desarrollando su teoría sobre la génesis de la neurosis, en especial, la histeria y cómo se fue desarrollando el tratamiento , dándose cuenta que sólo algunos sujetos eran sometidos a estados hipnoides, decidió dejar la hipnosis para aplicar por completo el método catártico.

Otto Fenichel (1945) nos refiere que en la conversión se producen alteraciones en las funciones fisiológicas, las cuales inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos,

son representaciones que pueden ser retraducidos del “lenguaje somático” en que se expresan al primitivo lenguaje de las palabras; así mismo, existen dos requisitos previos para la conversión : la erogeneidad general del cuerpo y un previo abandono de la realidad por la fantasía, una sustitución de los objetos sexuales reales por fantasías representativas de objetos de la infancia. Este proceso es lo que se llama introversión.

Para Nasio (1990) la conversión se define como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático, donde muchas veces el psicoanalista tiene la impresión de reconocer en estas expresiones somáticas la expresión sustitutiva de un orgasmo sexual. Así mismo se cuestiona ¿ en qué forma se elige esté órgano? Y encuentra que la región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma y que pasó a construir así una imagen determinada.

El desajuste de la sexualidad histérica se explica como la manifestación más directa o, para decirlo con más precisión, como la conversión somática más inmediata de la angustia que domina en el fantasma originaria de la histeria. (...) la inhibición genital en el histérico se traduce en la vida sexual , no como podríamos pensar , por una indiferencia hacia la sexualidad , sino casi siempre por una aversión, verdadera repugnancia ante todo contacto carnal. La inhibición sexual histérica no significa apartamiento , sino movimiento activo de repulsión” (Nasio, 1990,p.47)

En ocasiones, en lugar de recordar, el paciente histérico produce una inervación en el cuerpo, como en el caso de Anna O. , quien con sus dolores recordaba lo vivido en el lecho de muerte de su padre.

Freud (1895) nos refiere que la pérdida de afectividad de un recuerdo depende de varios factores. Lo que sobre todo importa es si frente al suceso afectante se reaccionó energéticamente o no. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo.

Un elemento esencial como rasgo de carácter histérico es su labilidad emocional. Así mismo, Dor nos refiere: “La relación con el saber constituye un terreno eminentemente favorable a la actualización dolorosa de las imperfecciones (...) la histérica hace como si: intentar desesperadamente ser el reflejo del saber del otro”. (Dor, 1991, p.103)

2.4 La lógica fálica

En la fase fálica, la diferencia entre el sexo masculino y femenino no está adquirida ; el universo infantil sigue repartido entre seres provistos y seres desprovistos de falo o, simplemente, entre seres potentes y seres impotentes, sanos y enfermos, lindos y feos.

Dor (1991) nos refiere en “Estructuras clínicas y psicoanálisis” que en la histeria la problemática se fija en torno al tener y su correlato no tenerlo. El sujeto histérico presenta una inclinación favorable a los síntomas de conversión y también a la formación de síntomas fóbicos, las más de las veces conjugados con estados de angustia. Así mismo, se observa la alienación subjetiva del histérico en su relación con el Deseo del Otro:

“La intervención terapéutica sólo tendrá eficacia si logra desmovilizar la economía neurótica del deseo, es decir, si incide en el nivel estructural más allá de las manifestaciones periféricas (...) El histérico se vive fundamentalmente como no habiendo sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados de la madre. Así, en esta frustración, el histérico se inviste como un objeto desvalorizado e incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser , por el contrario, a un objeto completo e ideal : el falo”. (Dor, 1991,p.94)

Así mismo, Dor nos refiere que por más que en la histeria se trate de un hecho de estructura , no es menos cierto que el pasaje de ser a tener constituye un acontecimiento general de la dialéctica edípica. Lo que será representativo de

estructura histérica es el modo de asunción estereotipada de la apuesta constituida por esa problemática del tener:

“Otro registro del desafío histérico femenino se ve fácilmente puesto a prueba en la contestación fálica que, frecuentemente, gobierna la relación con un compañero masculino. Se trata de todas aquellas situaciones en que la histérica desafía a su compañero masculino significándole: “Sin mí, no serías nada”. O, dicho de otro modo: “ Te desafío a que me pruebes que realmente tienes lo que supuestamente debes tener” (Dor, 1991, p.60)

“Los rasgos estructurales fundamentales de la histeria están en la dialéctica del deseo y con relación a la apuesta fálica. La lógica fálica en torno a tener y no tenerlo”. (Dor, 1991, p.85)

De hecho, el histérico interroga e impugna sin descanso la atribución fálica, en una oscilación alrededor de ese “algo” que va a desarrollarse sobre el fondo de una indeterminación entre dos opciones psíquicas : por un lado, el padre tiene el falo de derecho, y por esta razón la madre lo desea en él; por el otro, el padre no lo tiene sino por que priva de él a la madre. Es sobre todo esta última opción la que alimentará la puesta a prueba constante que el histérico mantiene alrededor de la atribución fálica. 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, en abrir la posibilidad de una reivindicación permanente en cuanto al hecho de que la madre también puede tenerlo y de que incluso tiene derecho a él. (Dor, 1991, p.87)

Para Nasio, la conversión histérica es un fenómeno de falización del cuerpo no genital y de desafección del cuerpo genital (...) El cuerpo no genital se convierte en ese falo que el histérico pasa a ser: él es el falo. Está claro, que para el histérico tener el falo es, en realidad, serlo. (Nasio, 1990, p.62)

2.5 Sexualidad. El deseo insatisfecho. Complejo de Edipo.

Freud en “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis”, refiere que: “no solo una buena parte de la sintomatología histérica brota directamente de las exteriorizaciones de un estado de excitación sexual; no solo una serie de zonas erógenas se elevan a la neurosis, por refuerzo de propiedades infantiles, hasta la significación de genitales: aún los síntomas más complejos se revelan como las figuraciones convertidas de fantasías que tienen por contenido una situación sexual. Quien aprende a interpretar el lenguaje de la histeria puede percibir que la neurosis no trata sino de la sexualidad reprimida de los enfermos”.(Freud, 1905, p.269)

Nasio refiere que: “La inhibición genital a la que nos referimos en la vida del histérico se caracteriza , casi siempre, por una aversión, una verdadera repugnancia hacia todo contacto carnal (...) La histérica se ofrece, pero no se entrega, para no comprometer su ser de mujer. El histérico desea estar insatisfecho porque esto le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser (...) Vive su sexualidad en todas las partes de su cuerpo, menos donde tendría que vivirla. El histérico renuncia al goce de la penetración e ignora la sexualidad genital, ya que esto significaría, inconscientemente poner en peligro esa parte fantasmáticamente sobreinvertida, el falo; el cual, de ser alcanzado, acarrearía la desintegración total del cuerpo. Se suele decir, y con razón, que los histéricos son seres bisexuales, ya que el histérico ignora en el fondo si es hombre o mujer. El histérico es histérico porque no ha logrado tomar para sí el sexo de su cuerpo”. (Nasio, 1990, pp.49-50)

Estar sin estar constituye, para la histérica, en su relación con el otro, una puerta de salida saludable en el caso de que su elección resultara equivocada (...) la constante de la economía del deseo histérico es permanecer insatisfecho. (Dor, 1991, p.102)

Lo que la histérica requiere a través de un hombre es un padre completo, en otras palabras, un padre tal como jamás existió. A través de la elección de un compañero masculino, la histérica quiere colmar, ante todo, las faltas imaginarias del padre (...) el Amo que ella busca. (Dor, 1991, p.110)

Nasio (1990) nos refiere que por esto , las relaciones afectivas del histérico se transforman inevitablemente en relaciones de dominante y dominado (...) “Al escuchar un paciente histérico, sobre todo si es una mujer, piensen en el padre. Esfuércense por imaginar que quién les habla no es una mujer sino el padre que se encuentra en su interior , un padre dolorido y de voz distante” (Nasio, 1991, pp.79-82)

Otro rasgo clínico de la histeria, al que nos referiremos con frecuencia concierne también al cuerpo, pero entendido como cuerpo sexuado. El cuerpo del histérico sufre en dividirse entre la parte genital, asombrosamente anestesiada y aquejada por intensas inhibiciones sexuales (eyaculación precoz, frigidez, impotencia, repugnancia sexual...) y todo el resto no genital del cuerpo, que se muestra, paradójicamente, muy erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes. (Nasio, 1990,p.16).

2. 6 La identificación histérica

Freud, en 1923 refiere que se conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona, desempeña un papel en la prehistoria del Complejo de Edipo.

Otra característica de la histeria es el problema de la identificación con la mujer que atormenta a toda histérica en la medida en que se juega en ello la cuestión de su identificación femenina (...) Si la histérica es tan gustosamente subyugada por otra mujer investida como modelo , es porque supuestamente esta última puede responder a la pregunta crucial de la histérica ¿ qué es ser mujer? (Dor, 1991, p.105)

Por otra parte, Fenichel (1945) nos recuerda que la identificación es la primera de todas las formas de reacción a un objeto, y en la histérica las identificaciones pueden ser de varios tipos:

1. El caso más simple es el de la “identificación histérica con el rival afortunado”, es decir, con una persona al que la paciente envidia. Por ejemplo, Dora, con la Sra. K.
2. A veces, la histérica no se identifica con su rival, que es la madre, sino con su amado padre. Ya que una persona que se ve obligada a renunciar al objeto, puede elaborar una tendencia a compensar esa pérdida mediante la identificación con el objeto. Esto ofrece a su vez, una oportunidad de gratificación del Complejo de Edipo negativo.
3. La más frecuente es la identificación que se produce con un objeto con el cual el paciente no tiene una relación objetal auténtica. Freud utilizó como ejemplo el caso de una epidemia histérica en un colegio de niñas. Toda imitación , sea consciente o inconsciente, presupone una especie de identificación .
4. Existen también las identificaciones múltiples, especialmente en los ataques. Representando, de forma simultánea o sucesiva, el papel de diversas personas con las que se ha identificado de acuerdo con cualquiera de los tipos descritos.

En la histeria, la transgresión está sustentada por una penetrante interrogación referida a la dimensión de la identificación, , requerida a su vez por la apuesta de la lógica fálica y su corolario, relativo a la identidad sexual(...) En la histeria, el significante de la castración está simbolizado. El precio de la pérdida que hay que pagar por esa simbolización se manifiesta esencialmente en el registro de la nostalgia fálica. (Dor,1991,p.58).

Nasio (1991) nos refiere que la histérica se ve arrastrada a la pendiente de la insatisfacción. Tanto se empeña en la insatisfacción que hace de ella su deseo: deseo de insatisfacción; 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.

2.7 La cuestión religiosa. El yo y las masas.

Freud (1923) hace alusión al libro de Le Bon sobre La psicología y las masas, donde refiere que el rasgo más notable de una masa psicológica es que cualesquiera que sean los individuos que la componen y por diversos o semejantes que puedan ser su modo de vida, sus ocupaciones, su carácter o inteligencia, el solo hecho de hallarse transformados en una masa los dota de una especie de alma colectiva en virtud de la cual sienten, piensan y actúan , de manera totalmente distinta de cómo sentiría, pensaría o actuaría cada uno de ellos en forma aislada y que los principales rasgos de un individuo pertenecientes a una masa son entonces: la desaparición de la personalidad consciente, de los sentimientos e ideas en el mismo sentido por sugestión y contagio, y la tendencia a efectuar inmediatamente en acto la idea sugerida. El individuo deja de ser él mismo, se ha convertido en un autómatas carente de voluntad.

En este artículo de "Psicología de las masas y análisis del yo" Freud compara las masas con el estado de hipnosis al que se puede someter un sujeto, en donde su voluntad queda de lado y puede ser sugestionado, nosotros lo relacionamos a esta característica de la histeria. El contagio que los miembros de la masa pueden ejercer unos sobre otros. Las religiones pueden tener este efecto, en el que el sujeto se ve inmerso y fundido con otro, mientras que el psicoanálisis tiene la particularidad contraria: que emerja el sujeto. Así mismo, refiere a la Iglesia y al Ejército como masas artificiales, es decir, que se emplea cierta compulsión externa para prevenir su disolución e impedir alteraciones de su estructura ,

siendo en el fondo, cada religión es de amor por todos aquellos a quienes abraza, y esta pronta a la crueldad y a la intolerancia hacia quienes no son sus miembros.

Otro punto importante sobre las masas, es que suelen pedir vivir bajo ilusiones y no sobre la verdad; en este sentido, el psicoanálisis suele ser vivido como algo angustioso para el sujeto, pues suele confrontarlo con verdades a las cuales, posiblemente preferiría no tener conocimiento.

Le Bon refiere que la masa es un rebaño obediente que no puede vivir sin señor. Tiene tal sed de obedecer que se subordina instintivamente a cualquiera que se designe señor.

2.8 El tratamiento psicoanalítico

El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías que la producen. La técnica psicoanalítica permite, primero, colegir desde los síntomas estas fantasías inconscientes y, luego, hacer que devengan conscientes al enfermo. (Freud, 1908, p.143)

Así mismo, Freud en “Sobre psicoterapia” nos refiere que el psicoanálisis es la psicoterapia de más penetrantes efectos, el que permite avanzar más lejos, aquel por el cual se consigue la modificación más amplia del enfermo, así como el único que nos enseña algo acerca de la génesis y de la trama de los fenómenos patológicos.

“La escucha del psicoanalista integra y disipa lo que el histérico reprime y concentra. De este modo, el sujeto se cura de lo inconciliable y el síntoma de conversión podrá desaparecer (...) Entendiendo que no basta con que el paciente lo nombre (al síntoma) y le hable de él a otro. Es preciso que la escucha que recibe este decir sea una escucha transferencial, esto es, la escucha de un terapeuta que desea entrar en la psique del paciente, hasta el punto de encarnar en ella el exceso irreductible, de constituirse en ella como el núcleo del sufrimiento (...) gracias a la interpretación, vuelvo conciliable la representación hasta entonces inconciliable. De este modo, el síntoma se hará compatible con el resto

del cuerpo, es decir, será llevado a desaparecer. La escucha da un sentido y el sentido mata al síntoma, porque lo “ordinariza”, lo trivaliza y le hace ocupar un lugar entre otros acontecimientos en la constelación de acontecimientos de la vida psíquica del sujeto. (Nasio,1990, p.39-40).

Para Dor, la intervención terapéutica sólo tendrá eficacia si logra desmovilizar la economía neurótica del deseo, es decir, si incide en el nivel estructural más allá de las manifestaciones periféricas (los síntomas).

Es de vital importancia el papel que juega la transferencia en todo tratamiento psicoanalítico. Freud (1912) nos explica 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 y esto da por resultado, digamos así, un clisé, que se repite de manera regular en la trayectoria de la vida ; es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal improntada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico.

Nasio (1990) nos refiere que desde nuestro punto transferencial hay tres posiciones permanentes y duraderas del yo histérico. Un primer estado , pasivo, donde el yo se encuentra en constante espera de recibir del Otro, no la satisfacción que colma, sino, curiosamente, la no respuesta que frustra (estado de un yo insatisfecho). Otra posición es la de un yo activo que histeriza, es decir, que transforma la realidad concreta del espacio analítico en una realidad fantasmática de contenido sexual (estado del yo histerizador). Tercer estado del yo tristeza en el que debe afrontar por fin la única verdad de su ser: no saber si es un hombre o una mujer (estado de yo tristeza).

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 El método de la intervención psicoanalítica se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa.

El enfoque cualitativo rechaza la pretensión de cuantificar toda la realidad humana, consciente de la irrelevancia de la cuantificación y se enfoca al contexto del individuo, a la función y el significado de los actos humanos: la cualidad es la diferencia.

La investigación cualitativa se orienta a describir e interpretar los fenómenos sociales. Se interesa por el estudio de los significados e intenciones de las acciones humanas desde la perspectiva de los propios agentes sociales. Se sirve de las palabras, las acciones y de los documentos orales y escritos para estudiar las situaciones sociales. Intenta penetrar en el interior de las personas y entenderlas desde adentro. Entiende que la verdad y el conocimiento son creados y no descubiertos; enfatiza el carácter plural y práctico de la verdad; adopta como criterios de validez la triangulación y la constatación intersubjetiva.

El estudio de caso estudia a profundidad, se orienta a la comprensión profunda de la realidad singular del individuo, la familia, el grupo, la institución social o la comunidad. Su potencialidad radica en que permite centrarse en un caso concreto o situación e identificarse los distintos procesos interactivos que lo conforman.

3.1.1.1 El modelo psicoanalítico se sustenta en la concepción del sujeto psíquico escindido, es decir, sujeto inconsciente y tiene un dispositivo que se compone de:

La Asociación libre.- el método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado , ya sea de forma espontánea. (Laplanche, 1967, p.35)

La atención flotante.- Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se le propone al analizado. (Laplanche, 1967, p.37)

Neutralidad.- Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral, en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera y abstenerse de todo consejo; se expresa por la fórmula de “no entrar en el juego del paciente”; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones. (Laplanche, 1967, p.256)

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

3.1.1.2 Encuadre psicoanalítico.

Se encuadró con la paciente una sesión por semana, siendo los días jueves a las 4 pm. Las sesiones tenían una duración de 45 minutos. Posición cara a cara, dentro de la clínica de Unidad de Servicios Psicológicos, pagando 70 pesos por sesión.

3.1.1.3 Proceso analítico

La transferencia en el tiempo en el que se trabajó con la paciente, se presentó de forma positiva, la paciente parecía buscar en la terapeuta alguien con quien identificarse , generando ciertas fantasías respecto a los gustos, horarios y actividades de la terapeuta o con comentarios en donde refería encontrar ciertos parecidos entre ella y la terapeuta, por ejemplo, en la edad, estatura, tipo de ropa, etc.

En este punto las intervenciones iban en torno a señalar n la búsqueda en la cual se encontraba, buscando mujeres con las cuales poder identificarse , ya que la identificación materna no le había logrado responder a su pregunta ¿ qué es ser mujer?

Las resistencias se presentaron fuertemente, la paciente solía tener varias inasistencias a sus sesiones, poniendo excusas laborales y /o escolares, éstas se presentaban sobre todo cuando se cuestionaba ciertas de sus creencias religiosas. Así mismo, en el mes de Julio 2012 se dejó de presentar por un período de 2 meses, para después retomar su tratamiento, hasta que lo dio por finalizado en Octubre de ese mismo año. Por lo que se encontraba, que algunas de las veces , estos períodos también funcionaban para elaborar, ya que regresaba reflexiva en las sesiones.

Los procedimientos que permitieron la instauración de la intervención clínica en el presente caso, fueron la asociación libre (anteriormente definida), las formas de intervención eran a partir de los señalamientos e interpretaciones, con una frecuencia de una vez por semana, sesiones de 45 minutos , dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos, donde se le asignó a la paciente una cuota de 70 pesos por sesión.

3.2 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

3.2.1 Instrumentos para recabar la información.

Dentro de la terapia psicoanalítica los instrumentos utilizados son , principalmente, el discurso del paciente, donde por medio de la asociación libre accedemos al inconsciente, distinguiendo en su discurso el contenido manifiesto y el contenido latente.

Para la supervisión y seguimiento dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos, también fueron utilizados ficha de identificación y viñetas clínicas, siendo las supervisiones de una vez por semana.

3.2.2 Instrumentos de concientización.

Dentro de la terapia psicoanalítica se utilizan:

La interpretación.- Es la deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta , en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, es la comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura. (Laplanche, 1967, p.201)

Señalamientos.- Con el fin de esclarecer algo que no queda claro en el discurso del paciente.

Confrontación.- Como lo señala el término, apunta a confrontar una situación con otra, un sentimiento con otro, etc.

Construcción.- Término propuesto por Freud para designar una elaboración del análisis más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto. (Laplanche, 1967,p.80)

CAPÍTULO 4
ESTUDIO DE CASO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

El objetivo del historial clínico es brindar al lector una aproximación al Caso Clínico, para esto expondremos las características generales de la paciente, manteniendo por ética la confidencialidad, sin revelar nombres o datos específicos. Así mismo, describiremos un poco acerca del transcurso y la evolución del tratamiento.

4.1.1. Resumen general del caso clínico

Paciente de sexo femenino, 24 años de edad al momento de iniciar su análisis, para fines del presente trabajo, la llamaremos Clara. Complexión delgada, estatura alta, tez aperlada, en el transcurso de su proceso terapéutico fue mostrando un mayor interés y cuidado en su arreglo personal. Al inicio del tratamiento, laboraba como empleada doméstica y se encontraba estudiando la preparatoria abierta; posteriormente, cambió a un trabajo de oficina y estaba iniciando su carrera técnica, al momento de interrumpir el tratamiento.

El padre es de oficio soldador, fue el sostén económico de su familia de origen por varios años, ya que el abuelo paterno de Clara murió cuando su padre era joven, por lo cual, por un tiempo, ya cuando Clara y sus hermanos habían nacido, vivían con la abuela paterna, época en la que Clara recuerda que había una tía que los trataba mal, los hacía sentir menos, a pesar de que su papá sostenía económicamente el hogar. Esto lo relaciona a sus sentimientos de inseguridad, pues refiere, que su padre no los defendía.

La madre de la paciente es empleada doméstica, ella es quien lleva la autoridad en su hogar, la paciente la describe como rígida, castrante. Clara teme decepcionarla y teme su reacción de enojo, siente que su madre espera mucho de ella y siempre la pone como ejemplo, situación estresante para la paciente. Clara a la vez, se coloca en ese lugar juzgador con respecto a su hermano, quien mantiene una relación de noviazgo con una joven que por un tiempo fue amiga de

la paciente, relación que no le parece, criticando a su hermano, refiriéndole que siente decepción hacia él, también se mostraba celosa y envidiosa hacia la novia de su hermano y hacia ciertas muchachas que hacen cosas que ella no se atreve a hacer, como tener una relación de pareja, lo cual es algo que ella desea, pero al mismo tiempo, teme y evita .

Clara al principio del tratamiento se identificaba con el padre, en cuestión de que recuerda también haberlo escuchado decir con frecuencia que se sentía deprimido y lo define como pasivo, quien toma la mayoría de las decisiones en el hogar es la madre. Sin embargo, posteriormente, va reposicionándose, haciendo referencia a las diferencias entre ella y su padre, describiéndose como más activa actualmente en la toma de sus decisiones; se percibía que se le dificultaba poder identificarse con la madre como mujer, puesto que ella le mostraba una femineidad sufrida, una femineidad que consistía en vivir para servir (sobre todo en los quehaceres del hogar) al hombre, idea con la que ella ya no concordaba.

A pesar de ser la mayor, Clara siente ser tratada como niña, se refieren a ella como niña, como si no pudiera tomar decisiones y también como si fuera ella quién va a estar ahí (en casa y disponible para los demás) siempre. Ella misma se coloca en un primer momento del tratamiento, en el lugar de “sirvienta” (siendo ella quien le hacía de comer a su hermano, lavaba y planchaba su ropa, hacía el aseo de su casa, etc.), lugar que se cuestiona en el tratamiento y que paulatinamente va haciendo movimientos, poniendo límites. En una ocasión refirió, con molestia, que su madre tenía una foto de ella de cuando era niña, en el buró de su recámara, hecho que le incomoda.

Los padres eran de religión católica en un inicio, sin embargo, aproximadamente a la edad de 8 años de la paciente, la madre decide cambiar de religión a la de testigos de Jehová. Esto a raíz de una enfermedad de hernias abdominales, que padeció la mamá y en la cual mejoró, según consideran, por intercesión de las oraciones de testigos de Jehová que se acercaron a ella. El padre los acompaña a esta congregación, más no practica de manera activa, no se ha bautizado en esta religión.

La paciente vive su sexualidad como algo prohibido, algo que le asusta y que no se permite. Clara ha referido que tiene el deseo de tener una relación de pareja, pero al mismo tiempo es algo que evita, como relataremos más adelante. En el tratamiento, en su discurso, el tema de la sexualidad aparecía como algo velado, a lo que no podía acceder, en parte, debido a esa posición de niña en la que era colocada.

Así mismo, tiene recuerdos de haber vivido tocamientos de parte de dos primos, en diferentes situaciones, en un primer momento lo refiere como una especie de abuso, pues ellos eran mayores y ella “no sabía qué hacer” y en un segundo momento, los describe como juegos, en donde encontraba cierto placer, pero que ahora le daba pena recordar y le producían culpa.

Describe a sus padres como temerosos y sobreprotectores. Así mismo el papel de la mujer dentro de su familia y religión es en el lugar de servir al hombre.

Desde el inicio del tratamiento se cuestiona acerca de su religión como testigo de Jehová, cuestiona si será bueno o malo. Generalmente siente que todo lo que hace está mal, ya que así se lo hacen ver en su religión y esto también la deprime. Refiere que dudó mucho sobre acudir a tratamiento, porque en la congregación le decían que solo necesita de Dios para resolver sus problemas, pero ella siente que ya le pidió mucho y sigue sintiéndose mal, por eso acude. Ella se define como “testigo”, frecuentemente se refiere a sí misma diciendo: “*Yo como testigo...*”, “*los testigos dicen...*”, realizando señalamientos respecto a qué es lo que piensa ella, señalamientos que permitan diferenciarse de las ideas de los otros.

Analizando qué significa para la paciente ser *testigo*, refiere que para ella el pertenecer a esta religión le demanda ser alguien ejemplar, llevar una vida en la cual todos sus actos los dedique a Dios. Y esto la pone en aprietos puesto que ella ya no puede dejar de escucharse y de ir percibiendo su deseo; el deseo que tiene por hacer ciertas cosas que son consideradas “superficiales y que alejan de Dios” (según el discurso de su religión), por ejemplo, tener una relación de pareja, vivir su sexualidad, el estudiar, el viajar, el disfrutar de la música, la literatura, el

cuestionarse. Así mismo se han desplegado una serie de fantasías en relación a qué pasaría si ya no fuera testigo, por ejemplo, el creer que un castigo de Dios le pueda ocurrirle a ella o a su familia, con una concepción de Dios como castigador. Vemos como el sujeto más que hablar de él, es hablado por el discurso, en este caso, este discurso que viene desde la religión, tratando de tapar el deseo del sujeto.

Al principio del tratamiento, laboraba como empleada doméstica, trabajo que fue designado por su madre y en ese momento, contaba sólo con sus estudios de secundaria. A la par de iniciar su tratamiento, inicia sus estudios de preparatoria abierta, con sentimientos ambivalentes, por una parte motivada a estudiar, lo cual le gusta; y por otro lado, temerosa, sin saber si lo logrará o si servirá para algo. En ese momento solo se planteaba estudiar la preparatoria, presentaba también temor a no poder pasar la preparatoria, temor a equivocarse.

A los dos meses de iniciar el tratamiento, Clara cambia de trabajo, de empleada doméstica a cajera en un mercado, este cambio le costó mucho esfuerzo, superar sus temores y a la vez le trajo la posibilidad de un movimiento importante en varias áreas de su vida. Su familia le puso varios obstáculos para que entrara a ese nuevo trabajo, le decían que no le convenía por el horario, la lejanía, etc. Sin embargo, ella fue firme y se cambió. Hablaba de que ya no quería ser más la que hiciera la limpieza y que en este trabajo aprendería cuestiones administrativas y contables. Meses después termina y aprueba la preparatoria y tiempo después se inscribe a carrera técnica de contaduría, aunque lo que refería le llamaba más la atención es la carrera de hotelería y turismo, esto se relaciona con su deseo de viajar, conocer lugares, alejarse de su familia (de manera latente); sin embargo, refiere que esta carrera es más costosa económicamente y no se la puede costear.

Pareciera que cualquier movimiento de la paciente genera también grandes movimientos en la familia, ya que ella solía siempre estar disponible para ellos, limpiando la casa, prestando dinero, haciendo comida, preparando ropa del hermano, etc. Desde el tratamiento, inicia a pensar más en ella, a poner límites, la

familia le dice que mejor hubiera sido que no estuviera en terapia. Esto afecta a la paciente, presentándose fuertes resistencias al tratamiento, desde la religión, quien le impone no solicitar otros tipos de apoyo más que el de Dios, sin embargo, su religión ya no le basta, se le señala como se coloca como testigo de su propia vida, permitiendo que los demás opinen por ella; cómo antes se le pedía callar su sentir (en la familia), ahora, en terapia se le invita a hablar, a cuestionarse, por lo que al principio se le dificultó. Manifestaba temor de ser castigada por Dios al no ir a la congregación, o al cuestionarse, temor a que le pase algo malo.

Así mismo, en un primer momento de la terapia solicita a la terapeuta que le ponga ejercicios de respiración o tareas, refiriendo que una amiga de ella acudía a una terapia de corte conductual en donde le ponían este tipo de ejercicios, se le explica en qué consiste su terapia con orientación analítica, pero sigue pidiendo que se le diga qué hacer, se señala esto a la vez en relación a la transferencia, así como su madre le indica qué hacer, espera que la terapeuta también lo haga. Refiere en algunas sesiones cansancio de luchar “contra todos” (especialmente refiriéndose a su mamá) y por un par de meses suspende tratamiento, reanudándolo después, refiriendo un cambio importante respecto a su religión: una primera etapa en donde estaba llena de dudas y un segundo momento en donde refiere, después de la primer interrupción del tratamiento: *“ya no tengo duda, no quiere seguir acudiendo a la congregación”*. Por lo que el tiempo en que suspendió su terapia, fue un tiempo de elaboración. Ahora, resueltas algunas de sus dudas, busca ser firme en sus decisiones. Hacia la terapeuta manifestaba una transferencia positiva, tratándose de identificar con una figura femenina, realizando preguntas y conjeturas acerca de mí.

También se le dificultaba tener relaciones de amistad, refería no tener amigas, y sentirse traicionada en varias ocasiones, sintiendo que sus amigas se acercaban a ella tratando de acercarse en realidad a su hermano, a quien tiene en una estima muy elevada, admirándolo mucho.

Clara no ha tenido relaciones de pareja, teme acceder a su sexualidad. Le han gustado muchachos que ella misma considera imposibles, por su temor a vivir en realidad una relación de pareja. Temor a que quien le guste a ella, no le guste a la madre y justo quien le llega a interesar son aquellos muchachos que para su madre o para su religión están “prohibidos” (no son pertenecientes a la congregación, no son responsables, etc.). Aunque la madre prácticamente imposibilita cualquier relación, le empieza a gustar un compañero de trabajo, aunque lo describe como poco comprometido, poco confiable, rebelde, al parecer con novia. Inicia a salir con él, se besan, despierta su deseo sexual, pero se da cuenta que no será una relación comprometida y decide alejarse. Él le hace ver que ella, en un primer momento, da la imagen de estar casada o comprometida, ya que la percibe muy seria, como inaccesible, es decir, ella misma hace que los demás se alejen de ella. Le cuesta trabajo sentirse atraída o con deseos sexuales hacia un hombre, así como el sentirse deseada, cuestión que se ha señalado en el tratamiento, aunque con resistencias para analizarlo a profundidad.

En su familia esperan, que la pareja que ella elija sea de la misma religión, Testigos de Jehová, pero ella refiere que ninguno le atrae, incluso que no confía en ellos, pues considera a muchos practicantes de esta religión como hipócritas y esto es reforzado por sus dudas respecto a seguir o no en su religión.

En el mes de Octubre 2012 vuelve a interrumpir el tratamiento, pero esta vez logra hablarlo, da como motivos dificultades de horarios y económicos, en relación a sus estudios y trabajo, se señalan las cuestiones pendientes a analizar y la importancia de que en un momento futuro pueda continuar su análisis, así como las resistencias que se asoman ante esta nueva interrupción.

4.1.2 Motivo de consulta

Acude a terapia refiriendo como motivos manifiestos sentirse deprimida y con baja autoestima, considera que se siente así por no haber tenido novio, hasta el momento; posteriormente, las sesiones van girando en torno a un cuestionamiento acerca de su religión como Testigo de Jehová y su posicionamiento respecto a

ésta, así como las dificultades que tiene para tomar sus propias decisiones y asumirse como sujeto deseante, con una dificultad para identificarse con sus figuras femeninas, ya que éstas son su madre y compañeras de religión, quienes le muestran que la mujer debe ser sumisa y servicial al hombre, dedicada a Dios y la paciente ya no concuerda con eso . Así mismo, presenta algunos síntomas conversivos, que son descritos más adelante.

4.1.3 Demanda de tratamiento

En un primer momento, la paciente demandaba que la terapeuta le pudiera indicar qué era lo que tenía que hacer en tal o cual situación, que se le brindara una especie de guía o de ejercicios que la hicieran sentir mejor. Esto en función de que una amiga de ella acudía a terapia con enfoque cognitivo conductual y le compartía ejercicios de respiración y tareas que le encargaba su terapeuta, se le explicó en que consiste la terapia analítica y también se señaló que esto que demandaba es de lo que se quejaba de su madre, pero que a la vez, esperaba, pues le hacía las cosas más sencillas: alguien más que le indicará qué hacer, qué decisiones tomar, sin ser parte activa en esto. Así mismo, esperaba que el tratamiento le permitiera ser más segura y poder relacionarse mejor.

4.1.4 Sintomatología

La paciente refería sentirse triste constantemente y con ansiedad. Describía que no se sentía contenta con las cosas que hacía, que en un primer momento eran ir a la congregación y trabajar como empleada doméstica. Pero que le causaba mucha angustia, pensar en realizar cambios con los cuales, no estuvieran de acuerdo en su familia, especialmente su madre, y en la congregación. En ocasiones no podía dormir, lloraba con frecuencia, refería tener bruxismo (morderse la mandíbula al dormir), esto le causaba fuertes dolores, por lo que acudió a Odontología y le recomendaron usar guarda en la noche.

En un segundo momento, cuando ya estaba trabajando y realizando algunos cambios, la ansiedad que decía sentir, se manifestaba con síntomas conversivos como dolores de estómago y vómitos, al tener algunos conflictos con una supervisora de trabajo, que le recordaba mucho a su madre, pues era muy demandante y castrante.

4.1.5 Impresión diagnóstica

Se considera que la paciente tiene una estructura Neurótica de tipo histérica. Puesto que su conflicto giraba en torno a sus identificaciones femeninas, su dificultad para asumirse como sujeto deseante, el tema de la sexualidad aparecía velado, muy en el sentido de la *bella indiferencia*, sus síntomas eran puestos en el cuerpo.

4. 2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

Consideramos que nos encontramos ante una paciente con estructura neurótica de tipo histérica. Con una fijación en la etapa fálica, en esa búsqueda de encontrar su feminidad, viviéndose como carente y castrada por la madre, colocándose pasiva frente a su deseo.

Así mismo, esta fijación fálica, la podemos escuchar en la manera en que se comparaba constantemente con otras mujeres, a las que consideraba con más atributos que ella, más bonitas, mas seductoras, inteligentes, capaces, etc. y en ese sentido, estaba en la búsqueda de obtener estas cualidades que ella consideraba importantes, empezando a tomar como modelos a compañeras, artistas, su hermana, a la terapeuta, etc.; empezando a tener más cuidado en su imagen personal, a buscar estudiar, buscar tener una pareja, etc.

Mecanismos de defensa represivos, como la negación (ante sentimientos que le generan angustia) , racionalización (religiosa) , identificación.

Superyó rígido externo , las prohibiciones que se ponía a sí misma, venían de afuera, de su religión y de la voz materna.

Sexualidad velada , dificultad para entablar relación de pareja, miedo a vivir su sexualidad genital.

Síntomas conversivos como bruxismo al dormir, dolor de cabeza (“de tanto pensar”), asco y mareo ante la angustia, al tener conflictos con su madre y otras personas significativas. Con el bruxismo, podemos cuestionarnos, ¿que simbolizaba para la paciente? , ¿Habría sido ésta una forma en la cual simbolizaba el tener que apretar su boca para no hablar, para no recordar, por ejemplo, sobre su experiencia sexual infantil , sobre su deseo o su religión?

Sus relaciones de objeto, en un primer momento, son vividas de forma parcial. Objetos buenos o malos, ella misma vivenciándose de esta manera, posiblemente, influenciada por su religión, en la cual, como ella misma refería, no había términos medios: estaba bien o mal, era frío o caliente, blanco o negro, etc. En el curso del análisis se le fue permitiendo incorporar las características positivas y /o negativas que pueden coexistir en un objeto.

4.2.1 Contexto familiar

Clara es la hija mayor de un matrimonio de clase media, tiene dos hermanos, un hombre y una mujer. La religión familiar tiene un peso importante , cambiando del catolicismo a la de testigos de Jehová, por imposición de la mamá, quien considera que esta religión la salvó de una enfermedad delicada (hernias estomacales) , cuando Clara tenía aproximadamente 8 años.

Dentro de esta religión, según refiere la paciente, la mujer está destinada a servir al hombre y suelen reprimir mucho su deseo y las cosas que les pueden ocasionar placer, pensando que esta vida es efímera y que lo importante es prepararse para la vida eterna.

Así mismo, Clara define a su madre como la dominante , quien tiene la última palabra en su casa y a su padre como muy pasivo, situación que causa su enojo.

La madre es empleada doméstica y el padre soldador, el hermano también trabaja con el padre en la misma fábrica. Sólo los hombres de la familia tienen la posibilidad de realizar ciertas tareas como manejar y se espera del hermano que termine sus estudios, pues actualmente solo tiene la preparatoria. Paradójicamente, Clara es quien desea continuar estudiando y siente no recibir apoyo de parte de sus padres, al contrario, suelen ponerle obstáculos de tipo económico o religiosos; aun así la paciente ha logrado continuar con éstos.

4.2.2 Figuras significativas.

Dios: Ocupaba el lugar del padre a nivel familiar, la madre era la encargada de introducirlo y de cerciorarse de que su ley se cumpliera en el hogar. Visto como un padre omnipresente y castigador.

Madre: fálica- castrante, quien impone las normas en el hogar. La paciente presenta dificultad para identificarse con ella, pues al mismo tiempo, se coloca y coloca a sus hijas, en especial a Clara como sirvientas.

Padre: pasivo, obediente de la madre, incluso, en ocasiones apareciendo como un hijo más de la madre, un hermano más de la paciente, quien no ejercía ni imponía opinión alguna.

Hermano: admirado, lo describía como muy atractivo, inteligente, el hombre que cualquier muchacha pudiera querer y que ninguna merecía; sentimientos incestuosos inconscientes hacia él.

Hermana: envidiada, pues se sentía en desventaja ante ella, la describía como más bonita y ella sí podía tener relaciones de pareja, era buscada por los muchachos y podía oponerse a su madre.

“Amigas”: aparecen en su discurso algunas muchachas que define como amigas, a las cuales solía envidiar por sentir las más bonitas que ella, así mismo, solía sentirse utilizada por algunas, para estar cerca de su hermano y no por estar interesadas en una amistad con ella.

4.2.3 Estructuración Edípica

La paciente tiene dificultad para identificarse con esa madre que la coloca en el lugar de sirvienta y que intenta anular su deseo.

La madre aparece como poseedora del falo, en tanto le priva de él, como si ella fuera la poseedora de la ley de Dios, encargada de eliminar su deseo. La paciente intenta por un tiempo satisfacer a su madre, pero se da cuenta que no lo logrará.

Al padre lo define como impotente, pasivo, pues la madre aparece como fálica; la paciente incluso, en un principio del tratamiento, refirió identificarse más con el padre que con la madre, definiéndose como temerosos, indecisos, pasivos. Esta característica del padre le causaba enojo, por lo cual también podemos entender que en su búsqueda de un padre que pudiera imponerse se encontraba Dios.

Dios vendría a ocupar el lugar del padre, el que tiene la ley, un padre castigador y que todo lo ve. Incluso, su padre aparecía poco en su discurso, posiblemente reemplazado por Dios.

Dificultad para entablar relaciones con el sexo opuesto, sin haber tenido novio hasta el momento, pues no podía asumirse como sujeto deseante, le causaba mucho temor sentirse atraída hacia un hombre o sentir que podía atraerle a él.

Sentimientos inconscientes incestuosos ante el hermano, a quien admiraba y describía como muy atractivo, inteligente, que ninguna mujer lo merecía. Envidiando y odiando a las novias que tuviera. Sirviéndole (le lavaba y planchaba la ropa, le hacía el lonche, etc.).

4.2.4 Eventos traumáticos

Clara describe como traumático el momento en que, a la edad de 6 años, la mandaron a vivir con unos tíos a otro estado, por la enfermedad de la madre. Refiere que no le explicaron por qué ni por cuánto tiempo estaría ahí y que esto le ocasionó gran angustia. Así mismo ahí vivió tocamientos sexuales de parte de un primo, situación que nunca había hablado, hasta su terapia.

Refiere que su etapa más conflictiva fue en la preparatoria, ya que se sentía fea y sin amistades, con dificultad para concentrarse, por lo cual decide dejar la preparatoria, sin que sus padres se opusieran, poco tiempo después, la madre le designa un trabajo como empleada doméstica en casa de una conocida.

Refiere que por mucho tiempo sintió que ese era su lugar en la vida, el de ser empleada doméstica, el de servir a los demás; ya que además de su trabajo, en su propia casa ocupaba este lugar, limpiándola y sirviendo, especialmente a su padre y hermano. Así mismo, siendo espectadora de su propia vida, permitiendo que los demás decidieran por ella. Se cuestionaba, al principio del tratamiento, si algún día dejaría de ser “la que limpia”, pero este cuestionamiento le angustiaba, pues no sabía que otro lugar podía ocupar como mujer, por lo que empezó a buscar figuras significativas con las cuales identificarse, entre ellas, amistades, la terapeuta y mujeres artistas a las cuales esperaba imitar.

Ante esta estructuración edípica, nos encontramos con que a la paciente se le dificulta interactuar con los demás, dar su punto de vista, disfrutar de actividades cotidianas. Se siente constantemente observada por esa madre que le dice cómo debe hacer las cosas. Busca un hombre con quien relacionarse, pero suele vivirlo como algo imposible, al buscar un prototipo de hombre que sería quien pudiera oponerse al mandato de la madre.

Así mismo, refería sentirse utilizada por la madre en varias ocasiones, pues constantemente le solicitaba dinero o ayuda en casa, suele sentirse utilizada por sus pocas amistades al creer que se acercan a ella buscando un interés particular, creyendo con frecuencia que este interés puede ser el acercarse a su hermano.

4.2.5 Perfil Subjetivo.

Maneras de interacción: Dificultad para interactuar con los demás, especialmente con hombres, pero también para hacer amigas. Temerosa. Dificultad para poner límites y hacer valer su punto de vista.

Identidad sexual: La paciente se encuentra en búsqueda de su feminidad, de pasar de sentirse niña para vivirse como mujer, en esta búsqueda aparecen fantasías bisexuales que le asustan, así como la excitación sexual que trata de sofocar.

Rasgos de carácter:

Indecisión: le cuesta trabajo tomar sus propias decisiones, dejándose llevar en muchas ocasiones por la opinión de los demás.

Envidia: hacia mujeres que pueden disfrutar de su sexualidad o ser femeninas.

Labilidad emocional: soliendo pasar de una emoción a otra con facilidad

Sugestionable: cobrando gran impacto las palabras sobre castigos divinos al no seguir al pie de la letra “la ley de Jehová”, llegando a creer que a ella le podía esperar un castigo, dificultándole disfrutar de las cosas.

Recursos yoicos: Capacidad para asociar libremente, para realizar insight, adecuadas funciones básicas de inteligencia, memoria, percepción, ubicada adecuadamente en tiempo, espacio y persona.

Mecanismos de defensa: Represivos como la negación, racionalización, identificación.

Características del superyó: Rígido, externo (mandatos de su religión). En su discurso se escuchaba un temor grande a ser castigada al llevar a cabo actividades placenteras para ella y que no iban de acuerdo a su religión, sobre todo se percibía que estos temores venían del exterior, al ser “amenazada” por su madre o por sus “hermanos” de religión.

4.3 CONSTRUCCIÓN DE CASO

4.3.1 La relación con el padre omnipotente y la religión de los Testigos de Jehová

Dentro de la religión de los Testigos de Jehová, según la referencia de la paciente, nos encontramos con una comunidad en la que Dios es el padre omnipotente para quien hay que vivir y a quien hay que servir. Los demás miembros de la comunidad, funcionan como hermanos delatores, los cuales se vigilan entre sí para asegurarse que las reglas de Dios sean cumplidas. Así mismo, Dios es visto como un padre castigador y celoso, que exige que la mayor parte del tiempo se le venera y se le dedique a él, haciendo que el practicante deje de lado gran parte de su vida y de sus intereses.

Una de las tareas de los miembros es predicar y conseguir nuevos miembros de congregación: El médico Alejandro G. Pimentel, en una investigación acerca de esta religión, refiere que mediante control mental se procura la transformación del nuevo miembro y que para lograr dicho propósito, se selecciona y matiza la información; las críticas son dictaminadas como errores, calumnias y voluntades desestabilizadoras de los detractores. El lenguaje se transforma en uno propio y fraternal, fundamentando sus argumentos en citas bíblicas, alusiones a Jehová y frases como *estar en la verdad*. (Cita de la revista La Atalaya: ...”si hemos de caminar en la luz de la verdad , debemos reconocer no sólo a Jehová Dios como nuestro Padre sino también a su Organización como nuestra Madre “)

(Extracto de sesión referente a sus temores de tener relaciones sexuales:)

Paciente: Jehová dice que debemos tener una sola pareja, o sea sólo podre hacerlo (tener relaciones sexuales) con mi esposo...y por ejemplo, yo quisiera tener relaciones con “Gabriel”, pero sé que no va a ser mi esposo, y no sé por qué me gustan tanto si es todo lo que no me debería de gustar ...

Terapeuta: tal vez por eso mismo, porque es lo que no te debería de gustar...

Paciente: (Silencio)... Creo que mis papás se darían cuenta...no sé si es un mito o realidad, que el cuerpo se te hace diferente cuando tienes relaciones sexuales...y mis papás se enojarían, se decepcionarían...y pues Dios también se da cuenta.

(En otra sesión:)

Paciente: Ya no quiero ser Testigo de Jehová, pero tengo miedo de que me vaya mal. Todos los que alguna vez fueron testigos y dejaron de serlo, les va mal.

Terapeuta: ¿Todos?

Paciente: Sí , como el Rey David , que tuvo una relación con Betsabe , quien era casada y tuvieron un hijo que murió. Tengo una conocida que se casó con un muchacho que no es Testigo y tiene dos hijos enfermos, uno de alergias y otro del riñón.

Terapeuta: Entonces... ¿si eres testigo te va bien y si no te va mal?

Paciente: Pues como quiera Dios te manda pruebas, pero te protege si sigues sus mandamientos y es que hay muchas cosas que sí sigo de la religión, pero otras con las que ya no puedo.

Teapeuta: Como ser testigo de tu propia vida, dejando de tomar decisiones de forma activa, tus propias decisiones.

Según refería la paciente, para los Testigos de Jehová , Dios está en todas partes y se percata de sus acciones, teniendo una consecuencia negativa en caso de desobedecerlo. Así mismo, sus padres tenían también un lugar de los padres omnipotentes de la niñez que siempre la observaban. Especialmente su madre, ya que su padre jugaba un rol pasivo en la dinámica familiar; en este mismo sentido, el padre estaba colocado a nivel familiar de hermano de la paciente, siendo Jehová quien tenía ese lugar de padre omnipotente.

También podemos escuchar la transgresión y el desafío al gustarle justo lo que esta “prohibido” desde su religión, sintiéndose atraída por los muchachos que no eran testigos de Jehová y quien tenían una conducta promiscua, según la paciente.

La madre de la paciente se colocaba en el lugar semblante de tener el falo, al simular estar en “contacto directo” con Jehová y seguir su ley, así como ser quien se encargaba de juzgar quien sí se sometía a esta ley y quién no.

Así mismo, llama la atención cómo los Testigos de Jehová parecieran formar una familia en donde se llaman entre sí hermanos y la dificultad que esto pudiera haber representado para la paciente al momento de intentar entablar una relación amorosa con alguno de sus “hermanos”. Dios en el lugar del padre edípico, que impone una ley que no se puede romper.

En esta religión parecieran conducirse con reglas y castigos muy estrictas en donde “entre hermanos” tienen la consigna de vigilarse mutuamente para el cumplimiento de éstas, sabiendo que entre más fuertes son las prohibiciones se reconoce la fuerza del deseo.

En el presente caso, la paciente cuenta con un padre impotente , pasivo, el cual se coloca en un lugar secundario frente al padre Dios, quien viene a desempeñar a nivel familiar el lugar de ese padre Amo que ella necesita, padre a la vez temido a nivel de su religión.

En cuanto a los movimientos a nivel familiar que generaba el cambio de la paciente, sobre todo el de no acudir a la congregación, podemos relacionarlo a que parecía despertar en los demás su propio deseo de tampoco acudir. La paciente le comentó en una ocasión a la madre, que le parecía que muchos miembros de la congregación eran hipócritas, pregonando algo que en realidad no eran, a lo que la madre contestó: “todos debemos ser un poco hipócritas”

Freud(1913) nos refiere en “Tótem y Tabú” que el hombre que viola un tabú se vuelve él mismo un tabú porque posee la peligrosa aptitud de tentar a otros para que sigan su ejemplo: despierta envidia: ¿por qué debería permitírsele lo que está prohibido a otros? Realmente, pues, es contagioso, en la medida en que todo ejemplo contagia su imitación; por esta razón es preciso evitarlo a él igualmente; así mismo , nos refiere que no sería preciso prohibir lo que nadie anhela hacer, y es evidente que aquello que se prohíbe de la manera más expresa tiene que ser objeto de un anhelo

Podemos pensar que para la paciente, la posición en la que colocaba a Dios era una manera de enaltecer al padre, tener un padre que se impusiera.

Dentro de la religión, si un testigo comete una falta grave es expulsado de la comunidad y a los demás miembros les está prohibido seguir en contacto con él. Clara tenía un buen amigo que fue expulsado por una razón que ella desconocía, pero le dolía mucho no poder acercarse a él y también le generaba mucha curiosidad cómo viviría él sin ser testigo, pues, como hemos descrito, ser testigo es algo que influía fuertemente en el autoconcepto de la paciente.

Llamaba la atención que a paciente solía ausentarse a su tratamiento cuando acudía a la congregación y viceversa, como algo que dissociaba.

4.3.2 La dificultad para identificarse con una madre que la coloca en el lugar de sirvienta.

En el presente caso, para la paciente *ser* testigo, le proporcionaba en un momento dado una identidad, llegando a cuestionarse...”Si no fuera testigo... ¿qué sería?”... cuestionamiento en el cual toda su identidad estaba en juego.

(Extracto de sesión:)

Paciente: Me estoy acordando de algo que nunca he dicho, de un primo que me hizo tocamientos, él estaba como en prepa, era mucho mayor que yo, yo no sabía qué hacer, me sentí mal, pero no supe cómo defenderme ni decirle a nadie... creo que todos los hombres son unos cochinos.

Terapeuta: ¿ Todos?

Clara solía dejar los temas sobre su sexualidad para el final de la sesión y solía hacer generalizaciones, las cuales se le señalaba. A la paciente antes se le invitaba a callar, dentro de su familia, dentro de la congregación; ahora, en su espacio de análisis se le invita a hablar, aunque tal vez le cueste trabajo y por eso solía hablar de estas situaciones sexuales hasta el final de la sesión, así mismo, esto también parecía estar relacionado a su bruxismo.

(En otra sesión:)

Paciente: Me estaba acordando que otro primo también me hizo tocamientos cuando era niña, no me acuerdo bien, pero creo que fue un poco después de lo del otro primo...me siento muy mal de acordarme de eso, más porque yo no hacía nada para evitarlo, creo que yo también quería, no entiendo por qué en ese tiempo pude tener ese tipo de juegos y ahora no puedo acercarme a nadie, como que me siento culpable, aunque la otra vez vi un programa en donde decía que hasta un niño de 8 años se podía excitar, pero no sé si eso se pueda...

Terapeuta: La sexualidad está presente desde el nacimiento, aunque se pueda vivir de diferentes maneras de acuerdo a la edad y otras situaciones...

Paciente: Si, y yo de niña no sabía cómo decir que no, pero ahora sí puedo

Terapeuta: Ahora puedes decir que no o también puedes decir que sí...

(Otra sesión:)

Paciente: Me enoja mucho mi mamá y siempre me quiere poner a limpiar, después de que limpio en mi trabajo, luego empieza a chantajearme con que se siente mal y que ya cuando ella se muera podre hacer lo que yo quiera...

(En otro momento:)

Paciente: Mi mamá dice que ella y mi papá ni se besaban cuando eran novios, que siempre se dio a respetar mucho y que ahora los hombres solo quieren “eso” y después te botan....

Terapeuta: Y pareciera que tú ya te sientes “botada” porque no cumpliste con el mandato de tu mamá de acceder a la sexualidad hasta después de casarte (relacionándolo a las vivencias sexuales que tuvo con sus primos).

(En otra sesión habla de la sexualidad como algo que se imagina la pueda lastimar:)

Paciente: Desde que le comenté a Gabriel que soy virgen se muestra más interesado en mí, pero tengo miedo que después me dejé. Yo sí quisiera tener relaciones con él, pero sé que no debo.

Terapeuta: Pareciera que al decirle que eres virgen, tartas de que se sienta más atraído a ti, pero al mismo tiempo, después te alejas.

En las últimas sesiones refiere estar estudiando una carrera técnica contable y estar saliendo con personas nuevas, como amistades.

(En otra sesión refiere:)

Paciente: Me da miedo pensar en decepcionar a los demás, como a mi mamá por no ir a la congregación o a mi tía por que los chavos que me gustan no son de su agrado

Terapeuta: ¿ Y qué hay de decepcionarte a ti misma?

Paciente: ...eso sería peor, por eso ya no quiero ir a la congregación, pero también me sale mi mamá que se va a venir enfermado por mi culpa, por las preocupaciones que le doy, pero yo le dije que no sería mi culpa...

(En otro momento de la sesión:)

Paciente: Cumplió años mi mamá, le obsequie una mascada, pero ni la abrió, me dijo que el mejor regalo sería que la obedeciera, ese domingo fui a la congregación, pero el miércoles ya no lo pude soportar y no fui, no soporto tanta gente hipócrita, como mi hermana que va, da una imagen, pero en realidad es otra...Me duele decirlo pero ya no quiero ni voy a querer ir nunca a la congregación

(En otra sesión, hablando de cuestiones de trabajo:)

Paciente: Me siento muy estresada, he tenido varios errores en el trabajo, no soporto a Maribel, es la hermana del jefe y se cree jefa también, cuando no va mi tía nada más me está checando y corrigiendo, y haciendo más grandes mis errores. La otra vez en algo que me equivoque me lo resalto con marca textos y puso: "error de Clara", siento su mirada, me siento observada como en la congregación..

Terapeuta: Y como con tu mamá

Paciente: Sí... también me recuerda a mi mamá... Me siento triste y distraída, no puedo hacer el corte de caja, me da miedo...además siguen los problemas con mi mamá, aunque ahora más con mi hermana, pues descubrió que anda con un casado...ayer hasta fui a la congregación y me quede dormida...

Terapeuta:¿ Esto último también tendrá que ver con sentirte triste?

Paciente: Es que no quiero ir (a la congregación) , pero mi mamá me obliga...

Terapeuta: ¿Y en qué otras cosas se te dificulta hacer corte?

Paciente:... Pues con mi mamá y en algunas cosas... lo peor es que soy como ella, suelo exagerar las cosas...

(En otra sesión:)

Paciente: Estoy muy contenta porque hoy sí pude hacer el corte

Terapeuta: ¿A sí? ¿Y qué otros cortes has podido ir realizando?

Paciente: Ya no voy a la congregación...con mi mamá, por su culpa soy así, nunca me dejó hacer nada, me infundió muchos miedos, luego, cuando nos peleamos, sale con que tal vez se muere... tiene una foto mía en su buró de cuando era niña, eso me molesta, así es como me ve... a veces me sale que es así porque me quiere mucho, pero tanto amor y sobreprotección no son buenos...

Terapeuta: Entonces te das cuenta que sí puedes ir realizando ciertos cortes

(Otra sesión:)

Paciente: Siempre me fijo en los que no puede ser...ahora me gusta el hijo de mi jefe de la bodega...

Terapeuta:¿Y por qué no puede ser?

Paciente: Pues porque es rico....yo le estaba contando bien emocionada a mi mamá que me gustaba un chavo y me dijo que por qué estaba emocionada, que eso qué tenía de emocionante, que lo emocionante sería que me hiciera caso y que estaba poniendo los ojos muy alto...

Terapeuta: Y más allá de que si es o no imposible, queda claro que para ti lo es de alguna manera... ¿por qué será que buscas a alguien con el cual será difícil que se pueda concretar algo?

Paciente: Me da miedo tener novio, aunque es algo que quisiera..

Terapeuta: ¿Y qué te da miedo d tener novio?

Paciente: Pues que no sea el indicado o no se... Había un chavo que me gustaba un poco, es de la congregación, pero supe que otra chava fue a su casa a hacerle el aseo y eso me pone un poco triste, yo creo que están saliendo...

Terapeuta: ¿Y qué relación hay con hacerle el aseo y salir con él?

Paciente: Pues yo creo que solo le haces el aseo a alguien que quieres mucho

Terapeuta: En una relación de pareja hay más allá de hacerle el aseo... ¿cuál sería el lugar de mujer en una relación? ¿La que limpia?

(En otra sesión:)

Paciente: Ya platico más con Gabriel...me invita a salir, me pregunta que si quiero (salir con él) , y me estresa mucho esa pregunta, yo le contesto que si no hay problema por su novia, pero él me dice que si quiero o no quiero

Terapeuta: Parece que te estresa mucho esta cuestión del querer algo...generalmente te conduces por lo que se espera de ti o lo que debes de hacer...

Paciente: Pues es que él no tiene nada que perder pero yo si

Terapeuta:¿ Qué puedes perder?

Paciente :La imagen de niña buena, (risas) , pues quisiera besarlo, que pasaran cosas entre nosotros, pero él tiene novia y eso no está bien, si hay cosas que quisiera que pasaran , pero no sé si están bien y creo q empiezo a hacer cambios, pero no sé si estos cambios sean buenos o malos ...mi mamá me dijo que desde que vengo aquí he cambiado mucho pero para mal, que ya no voy a la congregación, que casi no platico con ella, pero si no platico es porque ya me tiene harta...

Terapeuta: Entonces es solo una imagen ...la de niña buena...

La paciente no puede identificarse con esa madre que esta para servir al otro y que sólo esto le da su cualidad de mujer, Clara empieza a cuestionarse y se da cuenta que nunca logrará satisfacer el deseo de la madre, quien le pide ser un ejemplo para los demás miembros de la congregación, renunciando a sus intereses, gustos, metas, a su deseo.

Conflictos al desear tener una relación de pareja, vivir su sexualidad, situación que va en contra del deseo de su madre y de sus preceptos religiosos. Deseo que causa angustia y que preferiría tener siempre insatisfecho, viviéndolo como imposible, el tener novio o el que se fijan en ella los muchachos que a ella le llaman la atención.

Al mismo tiempo, la queja que la paciente refería de su madre, le permitía continuar en su deseo de insatisfacción, pues tenía un gran temor a poder acceder a su sexualidad, situación que se le señalaba.

Recordemos que el histérico se empeña en el deseo inconsciente de la no realización del acto y, por consiguiente, en el deseo de permanecer como un ser insatisfecho. Así mismo, su deseo parecía estar alienado con el deseo del Otro, en este caso Dios, su madre o la congregación.

4.3.3 Los avatares en la transferencia permiten una nueva forma de identificación femenina

Desde un primer momento, era perceptible que la paciente buscaba algunas figuras femeninas con las cuales pudiera identificarse de diferente manera que esa imagen de servicio y sacrificio que su mamá le transfería.

Frecuentemente realizaba preguntas respecto a la terapeuta, queriendo conocer acerca de mi vida, estudios, gustos, posibilidades, etc. Así mismo, fue encontrando en compañeras y conocidas también figuras de identificación femeninas, buscando incluso en artistas este tipo de identificación.

En un primer momento, la paciente buscaba que la terapeuta fuera más directiva con ella, que le indicara qué hacer para cambiar, para sentirse mejor, etc. Posteriormente fue percatándose de las posibilidades que le ofrecía su espacio de análisis para encontrarse a sí misma, con su deseo.

(Extracto de sesiones:)

Paciente: Quisiera que me dijeras qué hacer , que me pusieras ejercicios de respiración o de contestar preguntas, algo para pensar diferente y atreverme a hacer cosas, ya no me quiero sentir así...

Terapeuta: Posiblemente tu amiga va a una terapia de tipo conductual, sin embargo, este espacio terapéutico es de tipo analítico, en dónde tratamos de analizar el porqué de las cosas que te molestan y de ahí poder ir generando cambios.

Paciente : (Insiste) Quisiera que m dijeras qué hacer, qué pasos seguir..

Terapeuta: Como tu mamá que te dice qué hacer...

Paciente: (Silencio)

(En otra sesión:)

Soñé que olvidaba mi libretita donde escribo mis pensamientos en la oficina y que había puesto: “ Gabriel voy a luchar por ti “ y la veía Maribel y ella me preguntaba: ¿ vas a luchar por él? Y a mí me daba mucha pena que lo hubiera leído (risas)

Terapeuta: Y qué asocias con esto?

Paciente: Pienso que nunca he luchado por nadie, que me desanimo luego luego.

Terapeuta: Y cómo pudieras luchar por él?

Paciente: Pues para empezar he pensado que el hecho que tenga novia no significa que este casado y a él o algún otro, puedo hacerle ver que estoy disponible, a veces yo misma doy la imagen de ser muy seria o como me dijo él, hasta de tener novio y tal vez por eso no se me acercan.

Terapeuta: Entonces puedes hacer ver que estas disponible, que estas dispuesta, que eres una mujer deseante, que puede desear y ser deseada.

Paciente: (Sorprendida) Pues si...me puedo arreglar más, platicar más...

(En otra sesión:)

Paciente: Leí el libro “Mecánica del corazón”. Me identifique mucho con el niño... Es un niño que nació enfermo del corazón y su mamá biológica lo abandonó y había una doctora que le puso un reloj mecánico de corazón y le dijo que nunca se lo podría quitar por que sin él moriría. Esa doctora trabajaba en una casa hogar y se llevó al niño, pero nadie lo quería adoptar por su problema. Luego le dijo al niño que nunca se enamorará por que sufriría y podía tener un problema en el corazón, pero se enamoró, se arriesgó y luchó por el amor de una muchacha, van a la escuela y todo, pero pelea con un niño y sin querer, le lastima el ojo con su reloj, por eso, luego va con un relojero, en lugar de con la doctora, para que le arregle su reloj - corazón. Luego la niña le dice que sí lo quiere, pero como él tiene ese problema, tal vez no podían estar juntos y él le dice que la quiere tanto, que le puede dar su corazón y se lo quita. Se asusta tanto y se desmaya. La niña cree y le hacen creer que murió... Pero... ¿qué crees?...luego el chavo se levanta y se da cuenta que le hicieron creer que no podría vivir sin ese corazón, habla con la doctora y ella le dice: “Yo ya sabía, pero me di cuenta que por eso no te adoptaban y yo te quería tanto que quería que te quedaras conmigo, para que no te fueras con nadie y te hice creer eso...”

Y yo me dije: “la doctora es como mi mamá, no me deja crecer, no me deja irme, quiere todo como dice o si no, sale con que no la quiero y con sus amenazas”... Al final, el chavo busca a la chava, pero ella ya se había ido con alguien más a quien no quería y él le regala ese corazón mecánico.

Terapeuta: Pareciera que lo que le cuesta a tu mamá y a ti es dejar de ser niña para ser mujer

Paciente: (Silencio)

Terapeuta: ¿Entonces la doctora sería tu mamá y el relojero sería yo?

Paciente: (Risas)

(En otra sesión :)

Paciente: Mientras te esperaba, como que una paciente nueva me preguntaba cosas de la clínica, como que creyó que yo estudiaba aquí o que era psicóloga como tú...(risas)

(Otra sesión:)

Paciente: Se me ocurre que en un futuro puedo aprender a manejar y comprarme un carro, mi mamá se quedó muy sorprendida, que para qué quiero manejar, en mi casa sólo manejan mi papá y mi hermano, pero creo que sí es algo importante...de seguro tú si sabes manejar....

La paciente buscaba en otras figuras femeninas poder identificarse con una mujer que pudiera acceder a las cosas que ella deseaba y en la transferencia se manifestaba este tipo de relación, poniendo en otras, en este caso, en la terapeuta, aquello que ella deseaba.

CAPÍTULO 5
SÍNTESIS CLÍNICA Y CONCLUSIONES

5.1 SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las categorías descriptivas que fueron presentadas en el apartado anterior, dentro de la Construcción del Caso, tienen como objetivo poder exponer un poco sobre el proceso terapéutico que se llevó a cabo y su evolución, para poder analizar la influencia que tuvo la religión , en este caso, de Testigo de Jehová, en la estructuración de esta paciente histérica, así como la forma en que esta religión trataba de limitar y anular el deseo de la paciente y la movilización que pudo realizarse a través de su análisis y también debido a la transferencia.

De entre muchos elementos que nos aporta el Caso Clínico analizado, se eligieron los anteriores ya que nos permiten darnos cuenta de la subjetividad de la paciente. Una mujer cuyo motivo de consulta fue el sentirse deprimida y con baja autoestima, ya que permitía que los demás decidieran por ella , así como el peso tan grande que ocupaba su religión en su vida, cuestionándose frecuentemente: ¿Si no fuera testigo qué (quién) sería...? Y más allá de que siguiera o no siguiera esta religión, el análisis se enfocó en un reposicionamiento sobre ésta. El permitirse pensar que dejar de ser testigo (de su propia vida) le podía acercar a asumir su deseo y de esta manera conducirse de una manera más libre en cuanto a éste.

5.2 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES PERSONALES

En el presente trabajo clínico, abordamos un caso de neurosis de histeria, escuchando en la paciente la dificultad que tenía para identificarse como mujer y para poder asumir su deseo, conflicto sostenido en gran parte por el discurso de su religión como Testigo de Jehová. El trabajo de análisis le permitió realizar movimientos importantes, que a su vez le permitieron conducirse de una manera más libre en su vida y tomar sus propias decisiones.

Dentro de los elementos más significativos, que conformaron la intervención clínica en el Caso Clínico que fue elegido para el presente trabajo, se encuentran los señalamientos, confrontaciones e interpretaciones que fueron realizadas con el fin de permitirle a la paciente la reflexión y análisis de su discurso, el cual estaba en un primer momento, fundido con el discurso de su religión. Paulatinamente, esto le permitió diferenciarse de los otros y escuchar su propio deseo.

Podemos concluir que es de vital importancia la supervisión y contar con el bagaje teórico que nos permita trabajar en la clínica, escuchar al paciente que tenemos en frente y poder sostener nuestras intervenciones desde ahí.

Este caso es un ejemplo que permite adentrarnos en la teoría psicoanalítica y mostrarnos cómo un tratamiento de esta índole, permite al sujeto movilizar subjetivamente y realizar cambios importantes en su vida.

Este trabajo se llevó a cabo dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, lo cual podía conllevar a algunas limitantes de tipo institucional, pero más allá de esto, nos permite reflexionar acerca del trabajo clínico que se puede llevar a cabo en una institución y de todo lo que el psicoanálisis puede aportar en estos espacios.

Por último, y como cierre de estas conclusiones cabe mencionar que el paso por la Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica, me ha propiciado un crecimiento en varios sentidos, a nivel personal y profesional. Así mismo considero que la Maestría propicia las herramientas necesarias para la realización de nuestro trabajo clínico, propiciando el crecimiento tanto teórico como práctico, el cual al ser supervisado por nuestros maestros, los cuales nos transmiten sus conocimientos y su pasión por el psicoanálisis, nos permite entender e intervenir de forma más adecuada en la clínica.

Un reconocimiento y agradecimiento grande a todos aquellos maestros que me han permitido llegar hasta este momento de mi vida profesional, quienes han compartido conmigo su saber y con quienes me siento comprometida y motivada a continuar en constante formación. ¡Gracias!

BIBLIOGRAFÍA

Breger, L. (2000). Freud: El genio y sus sombras. Javier Vergara Editor. Buenos Aires, Argentina.

Brennan, J. (1999). Historia y Sistemas de la psicología. Editorial Prentice Hall, México.

Dor, J. (1991). Estructuras clínicas y psicoanálisis. Argentina. Editorial Amorrortu.

Fenichel, O. (1945). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós.

Foucault, M. (1964). Historia de la locura en la época clásica I. Editorial Fondo de cultura económica.

Freud, S. (1888). "Histeria". Volumen I. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1892) Un caso de curación por hipnosis. Volumen I. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. Volumen III. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1896). La etiología de la histeria . Volumen III. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. Volumen II. Obras completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1896) La herencia y la etiología de las neurosis. Volumen III. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorroto.

Freud, Sigmund. (1905). Sobre psicoterapia. Volumen VII. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria". Volumen VII. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1905). "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis" . Volumen VII. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Volumen IX. Obras Completas. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1910) Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Volumen XI. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1913) Tótem y tabú. Volumen XIII. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Freud, Sigmund (1921) Psicología de las masas y análisis del yo" Volumen XVIII. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Laplanche J; Pontalis, J.B. (1967). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Nasio, J. D.(1990). El dolor de la histeria. Editorial Paidós.

Pimentel, A. (2002). *Los testigos de Jehová y el consentimiento informado*. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 2002; 40 (6): Pp.495-504.