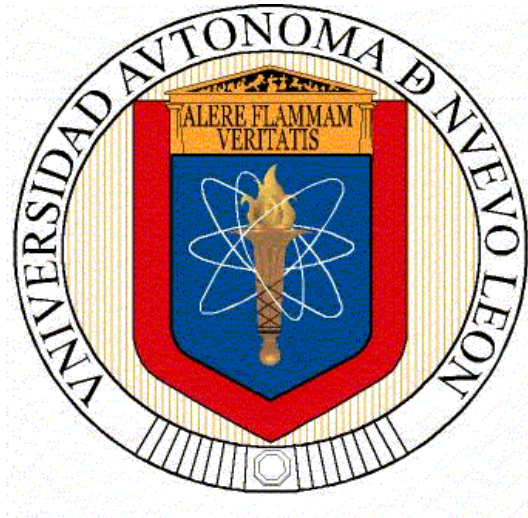


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

“Erotismo y muerte en la neurosis fóbica. La representación psíquica de la pulsión sexual en la fiesta brava”

PRESENTA:

CLAUDIA MIJARES CONTRERAS

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

MONTERREY, N.L. MÉXICO

JULIO 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
POSGRADO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Erotismo y muerte en la neurosis fóbica. La representación psíquica de la pulsión sexual en la fiesta brava”

TESIS COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA

PRESENTA: CLAUDIA MIJARES CONTRERAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

SINODALES:

DR. MANUEL GUADALUPE MUÑIZ GARCÍA

DR. ALEJANDO MORENO MARTÍNEZ

MONTERREY, N.L. MÉXICO 2014

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi familia, en especial a mis padres quienes siempre me han brindado su apoyo durante mis estudios.

Al Doc. Guillermo Vanegas Arrambide por brindarme su tiempo y servirme como guía a lo largo de la maestría, a los Doctores Manuel Muñiz García y Alejandro Moreno Martínez quienes además de haber sido mis maestros durante esta etapa de mi formación profesional dedicaron parte de su tiempo a revisar esta tesis.

A todos ustedes les doy las gracias por transmitirme sus conocimientos y su pasión por el psicoanálisis.

RESUMEN

El presente trabajo contiene el análisis del caso de una mujer con neurosis fóbica y se pretende analizar desde la teoría psicoanalítica. La paciente estuvo acudiendo a terapia durante aproximadamente ocho meses, tiempo durante el cual se trabajó con algunos determinantes psíquicos que contribuyeron a la formación de su estructura psíquica.

Cuando se indaga en la infancia de la paciente se descubrió que siempre tuvo la necesidad de estar con alguien más, desde pequeña tuvo una relación de dependencia con la madre y la necesidad de obedecerla en todo. A esto le sumamos el hecho de que el padre era un padre ausente que no figuraba como figura de autoridad sino como una persona que podía ser pisoteada e ignorada. La paciente presentaba numerosos miedos, los más significativos; a la sangre, muerte y soledad. Estos temores resultaban angustiantes y le causaban mucha ansiedad cuando se le presentaban en la vida cotidiana, le impedían andar sola por lo que siempre buscaba una persona que funcionaba como acompañante fóbico para poder desplazarse de un lugar a otro. En la paciente encontramos una afición a las corridas de toros, pasatiempo que funciona como un objeto contrafóbico que le permite proyectar sus miedos y deseos en dicha ceremonia, además de incluir en ella los temores anteriormente mencionados, todos en ese mismo lugar.

El objetivo general del trabajo es analizar el origen de la sintomatología fóbica y su representación simbólica en la tauromaquia. Se plantean los siguientes objetivos específicos: analizar las relaciones edípicas en una paciente fóbica, analizar la construcción del objeto fóbico y su relación con la fiesta brava y por último describir los avatares del proceso clínico de la paciente fóbica.

El estudio de caso abarca el historial clínico de la paciente. Para explicar la estructuración subjetiva de la paciente se plantean las siguientes categorías: 1) El papel de los padres en el establecimiento de la estructura subjetiva de la paciente, 2) La tauromaquia: escenario ideal como manifestación del miedo y el placer, 3) Mejorías y cambios en la paciente.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPITULO 1: ANTEPROYECTO DEL REPORTE..... | 8 |
| 1.1 Antecedentes | 8 |
| 1.2 Objetivo general..... | 10 |
| 1.3 Objetivos específicos | 10 |
| 1.4 Supuestos | 10 |
| 1.5 Limitaciones y delimitaciones | 11 |
| 1.6 Justificación | 12 |
| CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 14 |
| 2.1 Sexualidad y complejo de Edipo en la mujer..... | 14 |
| 2.2 Agresión a la madre Pre-edípica | 16 |
| 2.3 Mecanismo del proceso fóbico | 20 |
| 2.4 Fenomenología de la fobia..... | 22 |
| 2.5 La actitud contrafóbica | 25 |
| 2.6 El acompañante fóbico..... | 27 |
| 2.7 La tauromaquia | 28 |
| CAPITULO 3: METODOLOGIA | 33 |
| 3.1 Método Cualitativo | 33 |
| 3.2 Estudio de Caso..... | 34 |
| 3.3 Modelo psicoanalítico..... | 34 |
| 3.3.1 Dispositivo analítico. | 34 |
| 3.3.2 Encuadre psicoanalítico. | 36 |
| 3.3.3 Proceso analítico. | 36 |
| 3.3.4 Instrumentos..... | 37 |
| 3.3.5 Procedimientos..... | 37 |
| 3.4 Técnicas y estrategias de intervención..... | 37 |
| 3.4.1 Instrumentos para recabar información..... | 38 |
| 3.4.2 Instrumentos de concientización..... | 38 |
| CAPITULO 4: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO..... | 40 |
| 4.1 Historial Clínico..... | 40 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1.1 Resumen del caso clínico..... | 40 |
| 4.1.2 Motivo de consulta..... | 41 |
| 4.1.3 Demanda del tratamiento..... | 42 |
| 4.1.4 Sintomatología actual..... | 42 |
| 4.1.5 Impresión diagnóstica..... | 43 |
| 4.2 Estructura subjetiva..... | 44 |
| 4.2.1 Contexto familiar..... | 44 |
| 4.2.2 Figuras significativas..... | 46 |
| 4.2.3 Estructuración edípica..... | 48 |
| 4.2.4 Acontecimientos importantes..... | 50 |
| 4.2.5 Perfil subjetivo..... | 51 |
| 4.3 Construcción del caso clínico..... | 53 |
| 4.3.1 El papel de los padres en el establecimiento de la estructura subjetiva de la paciente..... | 54 |
| 4.3.2 La tauromaquia: escenario ideal como manifestación del miedo y placer..... | 66 |
| 4.3.3 Mejorías y cambios..... | 78 |
| CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN..... | 80 |
| REFERENCIAS..... | 84 |

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se expone el caso de una mujer con neurosis fóbica. Desde la primera sesión la paciente mostraba claramente una preocupación por sus miedos y no le costaba ningún trabajo admitir sus fobias. Mostraba muchas resistencias desde el inicio, evitaba hablar de su infancia y cuando se le preguntaba sobre su pasado y la relación con su madre cambiaba de tema rápidamente.

Sin embargo con el tiempo se desarrolló más y fue recordando cosas de su pasado que había reprimido. Más adelante se dio cuenta de que tanto sus miedos y angustia se encontraban vinculados con la relación que tuvo con su madre. Que la angustia que siente va acompañada de placer y que inconscientemente ha encontrado una manera de sublimar estos dos elementos en un pasatiempo erótico socialmente aceptado, la tauromaquia.

No son muchos los autores que han profundizado en el tema de la neurosis fóbica desde el enfoque psicoanalítico, y mucho menos sobre el caso de una mujer fóbica. En ocasiones se suele tratar la fobia en una mujer como una histeria de angustia, esto normalmente sucede porque la histeria suele atribuirse más a la mujer y la sintomatología coincide con dicha estructura, sin embargo existen ciertas diferencias entre la fobia y la histeria de angustia que nos permiten abordar el siguiente caso desde la teoría de la fobia.

Para poder explicar la subjetividad de la paciente se tomaron en cuenta las siguientes categorías: 1) El papel de los padres en el establecimiento de la estructura subjetiva de la paciente, 2) La tauromaquia: escenario ideal como manifestación del miedo y el placer, 3) Mejorías y cambios en la paciente.

CAPITULO 1: ANTEPROYECTO DEL REPORTE

1.1 Antecedentes

No existen muchos estudios que expliquen la tauromaquia desde un enfoque psicoanalítico, sin embargo sabemos algunas cosas sobre dicha ceremonia. La primera es que esta fiesta resulta atrayente a toda una comunidad de aficionados, la segunda es que por ser un ritual se considera sagrado y contiene una serie de elementos; entre estos la estética, sangre, muerte, soledad, placer, angustia y un alto grado de violencia, por mencionar algunos. Y por último que aunque dichos elementos parezcan opuestos entre sí, todos juntos en un mismo lugar se relacionan unos con otros y conforman un escenario lleno de erotismo.

Uno de los autores que hablan sobre el erotismo es Bataille, en su libro “El erotismo” explica que en todo ser humano existe la ambivalencia de sentimientos y que todos los hombres están sometidos a la vez a dos impulsos: uno de terror, que produce rechazo y el otro de atracción y fascinación (Bataille, 2007). En la fiesta brava la violencia y el erotismo son aceptados, existen elementos presentes como la repugnancia y el horror pero estos son siempre el principio del deseo, funciona como un ritual que inspira veneración y respeto. En el caso de las fobias, también existe una ambivalencia ya que la fobia produce miedo y placer a la vez.

En 1894 Freud imprime “Las neuropsicosis de defensa”, en ese texto establece la teoría psicológica de las obsesiones y fobias (Freud, 1894) y explica que la principal diferencia entre la histeria y las obsesiones y fobias es que en el caso de la histeria la suma de la excitación sexual se traspone a lo corporal a modo de conversión, mientras que en la fobia y obsesión la

representación inconciliable se separa del afecto, el cual se libera y se adhiere a otras representaciones.

Más adelante Freud publica “Obsesiones y fobias: su mecanismo psíquico y su etiología”, en este texto el autor explica que en las fobias el estado emotivo siempre es la ansiedad y el temor y que su formación se debe al estancamiento de la libido. Tambiéndice las fobias en dos grupos caracterizados por el objeto del miedo; las fobias comunes y las ocasionales (Freud, 1895).

Por otra parte (Assoun, 2002) en “Lecciones psicoanalíticas de las fobias” define tres características principales para la formación de la fobia: 1) no hay fobia sin despliegue de angustia, 2) esa angustia tiene su destino en la represión, y 3) esa angustia refiere a la angustia de castración.

Posteriormente en “Temores y fobias” se establece una clasificación de las fobias: fobias por trasposición de la angustia, por identificación, por insuficiencia o por progreso cognoscitivo, por insuficiencia de funciones del yo, las traumáticas, y formas mixtas y articuladas (Bleichmar, 2006).

Por otro lado, en el libro “Las fobias”, publicado por Sauri, se habla de la actitud contrafóbica en el sujeto fóxico (Fenichel, 1984) la cual se explica como una manera de disipar la ansiedad originaria buscando el objeto temido pero bajo ciertas condiciones específicas, es decir que el fóxico persigue lo que alguna vez temió y se menciona que el componente básico de esta actitud es el placer.

La realización de este estudio de caso tiene fines académicos y personales. Consideramos que el tema es atractivo para los lectores ya que la finalidad del trabajo no solo consiste en

explicar por qué la paciente pertenece a dicha estructura, sino que también se pretende analizar el tema de la tauromaquia desde el enfoque psicoanalítico y como se representan los elementos temidos por la paciente en dicha ceremonia.

1.2 Objetivo general

- Analizar el origen de la sintomatología fóbica y su representación simbólica en la tauromaquia.

1.3 Objetivos específicos

- Analizar las relaciones edípicas en una paciente fóbica.
- Analizar la construcción del objeto fóbico y su relación con la fiesta brava.
- Describir los avatares del proceso clínico de la paciente fóbica.

1.4 Supuestos

- La madre pre-edípica aparece como objeto desencadenante de angustia en la paciente fóbica.
- La fiesta brava se convierte en un espacio de la representación del miedo y la muerte en la paciente fóbica.

1.5 Limitaciones y delimitaciones

Una de las razones por las cuales se complica el tratamiento con pacientes fóbicos es que tienen un bajo manejo de angustia, en el caso de la paciente su fobia a la soledad y su dependencia le imposibilitaba acudir a terapia sola, por lo que tenía a ir acompañada. Cuando no encontraba un acompañante de confianza no asistía a la sesiones o llamaba para cancelar, por lo que faltó un número considerado de sesiones haciendo difícil el tratamiento y la continuidad de éste.

Otro de los obstáculos que se presentaron fue la disponibilidad de horarios de la paciente, manejaba un horario de trabajo de diez a cinco de la tarde por lo que solo podía acudir a terapia un día a la semana y a una hora específica y esto solo porque su jefe estaba enterado de su situación y le había concedido llegar tarde ese día al trabajo.

A pesar de las limitaciones presentadas durante el transcurso del tratamiento se consiguió realizar algunos cambios en el comportamiento de la paciente, de no poder ir sola ni a la vuelta de su casa, terminó por ser capaz de caminar a lugares cercanos. También comenzó a irse al trabajo en camión sola, cuando antes tomaba un taxi de ida y de regreso, situación que le afectaba en el aspecto económico. Otro cambio que se podría considerar como una mejoría era que al inicio del tratamiento la paciente no podía estar cerca de soldados sin sentir angustia, al final del tratamiento pudo ser capaz de estar cerca de ellos y de hablarles.

Respecto al tema familiar, al inicio la paciente hablaba muy poco, en especial sobre su madre y cuando se le tocaba el tema inmediatamente lo cambiaba, enfocándose más en situaciones actuales y sus síntomas. Conforme fue avanzando la terapia la paciente fue bajando el nivel de resistencia y tocando temas delicados de su infancia, específicamente la relación que

tenía con su madre. Fue capaz de ver a su madre no como una mujer perfecta, a quien antes justificaba todo el tiempo, si no como una mujer de comportamiento violento que la sometía a maltrato físico y emocional, una mujer que tenía defectos, que la chantajeaba y la manipulaba emocionalmente a su conveniencia.

1.6 Justificación

Como ya había mencionado anteriormente, existen muy pocos estudios que intenten explicar la tauromaquia desde la corriente psicoanalítica. Esto resulta un tanto extraño ya que dicha ceremonia contiene elementos simbólicos que se prestan a la interpretación.

Sabemos que la práctica de la tauromaquia se considera un tabú ya que no todos la consideran un arte o un deporte, muchos la ven como un acto de crueldad y agresión hacia el animal. Es difícil encontrar una explicación desde el aspecto social al porque una persona acudiría a ver una ceremonia tan sangrienta y agresiva en donde el torero arriesga su vida, sin embargo una explicación desde el enfoque psicoanalítico podría ofrecerla.

Por otro lado, si buscamos información sobre la fobia desde el enfoque psicoanalítico nos encontraremos con que no se ha profundizado lo suficiente en dicha estructura, son pocos los autores que abordan esta problemática y la mayoría de estos hablan de la fobia en el sexo masculino, no femenino. Conocemos los estudios de Freud, particularmente el caso de Juanito y como funciona el complejo de Edipo y la castración en dicha estructura en el sexo masculino más no se ha explicado en el caso de una mujer.

Por lo tanto, con el presente trabajo se pretende abordar el caso de una mujer con neurosis fóbica y establecer una relación entre dicha fobia y su afición por la tauromaquia, es decir explicar cómo la fiesta brava contiene todos los elementos fóbicos a los que la paciente le teme y como esta ceremonia se muestra como un objeto contrafóbico.

El motivo por el cual nos hemos enfocado en este tema es porque resulta interesante como dichos elementos por separado pueden resultar tan angustiantes para la paciente, a tal grado de evitarlos; pero cuando se presentan juntos en un mismo lugar, en otro contexto, pueden resultar tan eróticos para el sujeto y funcionar como una especie de sublimación de la pulsión sexual.

Por último, el presente trabajo nos permitirá desarrollar nuestras habilidades como investigadores y contribuirá a una mejor comprensión de la estructura fóbica.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El presente capítulo contiene la teoría y los conceptos fundamentales para elaborar el estudio de caso. Se toca el tema de la sexualidad femenina y las diferencias del complejo de Edipo en la niña y el varón. Se establecen las diferencias entre la histeria de conversión y la fobia, se toca el tema de la ambivalencia de sentimientos durante la fase pre-edípica. También se explica el tema del erotismo y la ambivalencia de sentimientos y se aborda el tema de la tauromaquia.

2.1 Sexualidad y complejo de Edipo en la mujer

El tema de la sexualidad femenina fue abordado por Freud en 1925 cuando publica “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”. En este texto el autor (Freud, 1925) explica las principales diferencias entre la niña y el varón durante la fase del complejo de Edipo. Menciona que en el caso del niño el complejo de Edipo se haya minado por el complejo de castración mientras que en el caso de la niña el complejo de Edipo resulta como una formación secundaria después del complejo de castración.

En 1931 Freud publica “Sobre la sexualidad femenina”, profundizando más en el tema de la sexualidad de la mujer y explicando la importancia del vínculo con la madre durante la fase pre-edípica (Freud, 1931). En ese mismo texto comenta que durante esa fase la niña crea una dependencia hacia la madre, pero al mismo tiempo existe una ambivalencia de sentimientos hacia ella.

Freud explica que la bisexualidad es atribuida a ambos sexos (Freud, 1931), es decir que en todo ser existe lo masculino y lo femenino (Assoun, 2006) sin embargo esta bisexualidad resalta más en la mujer que en el varón. Según Freud (1925) en ambos sexos existen tanto similitudes como diferencias, una de las similitudes es que en el complejo de Edipo el primer objeto de amor es la madre. Es decir que el vínculo con la madre será igual de intenso en ambos sexos, pero más adelante en el caso de la niña se dará un cambio en su objeto de amor (Freud, 1931).

Por otro lado, la principal diferencia entre ambos sexos radica en que en el caso del niño el objeto de amor será el mismo una vez que haya pasado por el complejo de Edipo, en cambio en el caso de la mujer el objeto de amor después será el padre (Freud, 1925). Según Freud esta dependencia al padre no se dará sin que antes exista esa misma dependencia hacia la madre (Freud, 1931) quien la ha amamantado, alimentado, limpiado y en quien ha ejercido la manipulación (Assoun, 2006).

Antes de que se presente este cambio en la niña esta deberá pasar por el complejo de castración, fase en la cual la niña nota el pene del niño y al compararlo con sus genitales lo verá como un órgano sexual superior al de ella, por lo que caerá víctima de la envidia del pene (Freud, 1925). Es decir que para que esto suceda lo único que tendrá que hacer la niña es verse a sí misma (Mitchell, 1975). Para Freud existen dos complejos de Edipo: uno positivo y uno negativo. El primero se puede ver claramente en la fase en la cual el padre resulta un obstáculo para la niña, siendo la madre el objeto de amor, mientras que el segundo se presenta cuando se da el cambio de objeto de amor, es decir que ocurre una transferencia de objeto de amor de la madre al padre (Freud, 1931).

Según Freud en el texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” durante el complejo de castración la niña al ver el pene y compararlo con su vagina se dará cuenta de que no lo tiene y buscara tenerlo (Freud, 1925). A esto se le llama complejo de masculinidad en la mujer, con el tiempo la niña deberá asumir su castración y buscar otra manera de tener el pene, si esto no sucede podría estancarse en esa idea y pasar por muchas dificultades en el camino hacia su feminidad (Freud, 1931). Al final la niña renunciara al pene pero lo hará más por obligación que porque realmente quiera hacerlo (Mitchell, 1975).

2.2 Agresión a la madre Pre-edípica

Otra de las consecuencias de la envidia del pene radica en que se culpabiliza a la madre por no darle el pene deseado (Freud, 1925), es decir que tal falta es interpretada por la niña como falta de amor por parte de la madre y esta culpabilidad hacia ella será más intensa si esta ha tenido un hijo varón ya que se asumirá que la madre le ama más a él porque lo ha dotado de un pene, para la niña el primer enemigo es la madre (Assoun, 2006). Debido a que las mujeres se consideran perjudicadas en la infancia y tratadas injustamente por no haber sido dotadas de un pene (Freud, 1925) la niña podría ver la falta de pene como un castigo que se le ha impuesto específicamente a ella (Mitchell, 1975).

Por otro lado, las fantasías onanistas durante la etapa fálica son comunes tanto en la niña como en el varón, sin embargo será el que ha sido dotado del pene el objeto preferido de la madre y este mismo el primer objeto de masturbación en la niña. Estas fantasías en la niña tienen que ver con una rivalidad hacia el varón, entre estas podría estar que le peguen al niño y esto podría interpretarse como si le estuvieran pegando al clítoris (Freud, 1925).

La madre también será la culpable de que la niña tenga fantasías pues es la madre quien actúa como seductora durante la etapa fálica (Freud, 1931) mientras la niña juega un rol pasivo ya que cumple todos los cuidados de la madre (Assoun, 2006). Más adelante las mociones de deseo serán activas pero continuarán dirigidas hacia la madre, será hasta el complejo de Edipo cuando estas se depositaran en el padre, con el extrañamiento de la madre se suspenderá la masturbación clitorídea y lo más común es que se recurra a la represión (Mitchell, 1975). Al final el camino hacia el objeto-padre se cumple con ayuda de las aspiraciones pasivas, solo de esta manera se comenzara el camino hacia la feminidad siempre y cuando se haya superado la fase de ligazón-madre preedípica (Freud, 1931).

Por otro lado, en el texto “Sobre la sexualidad femenina” Freud menciona que el varón posee un solo órgano sexual: el pene, mientras que la mujer posee 2, el clítoris y la vagina (Freud, 1931). El primero de estos dos ocupa la función principal durante la infancia, y funcionara como un pene, es decir que al comienzo se comportará en un todo como un pene (Freud, 1924). Más tarde esa sensibilidad del clítoris deberá ser transferida a la vagina (Mitchell, 1975), y a diferencia del niño que tiene miedo a la posibilidad de ser castrado, la niña tendrá que aceptar la castración como un hecho consumado (Freud, 1924).

Con el tiempo la niña deberá buscar el camino a la feminidad al darse cuenta de la diferencia de sexos. A esto Freud le llama el complejo Edipo, es por eso que se presenta en la mujer como una formación secundaria. Un claro ejemplo es cuando la niña busca reemplazar el deseo de obtener el pene por el de tener un hijo. Es decir que la niña tomara una nueva posición, ya que al haber aceptado la castración se ha sustituido como objeto de amor a la madre por el padre, por lo que la niña buscara tener un hijo con su ahora objeto de amor, el padre (Freud, 1925).

Lo anterior es común en el desarrollo de la mujer, este cambio de objeto y la rivalidad y celos hacia la madre (Freud, 1925) pero puede ocurrir que la identificación se presente con el padre en lugar de con la madre y la niña regrese al complejo de masculinidad y termine por fijarse en él, esto dependerá de su disposición sexual (Freud, 1931).

Por otro lado, si no se acepta la castración en la etapa de la adultez podría sobrevenir el llamado proceso “desmentido”, esto podría llevar a la mujer a la psicosis (Freud, 1925). Otra posibilidad es que al no aceptar la castración la mujer se centre en la idea de que posee un pene y se comporte como si fuera un hombre, esto implica desarrollar un rol de masculinidad en su vida cotidiana, en sus actitudes y pensamientos e incluso considerar al sexo femenino como inferior, y termine humillando y degradando a las mujeres (Mitchell, 1975). Por otra parte, Green menciona en su libro “El complejo de castración” que la niña puede conservar un sentimiento de inferioridad, una herida narcisista (Green, 2006).

Aunque la mujer acepte la castración siempre existirá la envidia del pene (Freud, 1925), esta envidia podrá manifestarse en comportamientos que muestren inseguridad en la mujer, un claro ejemplo de esto son los celos que se tienen hacia la pareja. Otros autores piensan que la agresividad femenina se desarrolla por primera vez en el lazo materno (Assoun, 2006), este mismo tipo de agresividad se muestra en la mujer en sus relaciones de pareja, donde se ve el vínculo originario con la madre (Freud, 1931), se podría decir que este proceso funciona como un desplazamiento.

Este tipo de celos es común en los casos de histeria, donde se puede ver este vínculo que se tuvo con la madre como primer objeto de amor, esta agresividad refiere a la angustia de castración (Assoun, 2006). Además de los celos otro elemento presente en la niña es la paranoia,

que se refiere a esta angustia de ser asesinada o devorada por la madre. Esta agresividad se torna en hostilidad hacia la madre, pues es ella quien la ha limitado en ciertos aspectos, como el cuidado del cuerpo y la educación. Esta hostilidad representa una justificación del deseo de que la madre muera, la angustia se comprendería como una trasposición de placer de agredir puesto en movimiento, y se dan ciertos mecanismos de defensa como la proyección (Freud, 1931). Este periodo pre-edípico predispone a la mujer a la neurosis histérica (Mitchell, 1975).

Otra característica típica de la fase pre-edípica es la ambivalencia de sentimientos, es decir el amor-odio que se siente hacia la madre, esta misma ambivalencia se verá reflejada en la mujer en sus primeras relaciones (Freud, 1931). Freud menciona que la feminidad está muy relacionada con la histeria y que la pérdida de amor en la histeria desempeña una función importante y semejante a la amenaza de castración en las fobias (Freud, 1925).

En 1894 Freud publica “Neuropsicosis de defensa”, texto en el cual explica que el mecanismo de transporte del afecto puede verse comúnmente en la estructura de la fobia y que esta frecuentemente puede ir acompañada de una histeria (Freud, 1894). Para otros autores algunas fobias pueden surgir a causa de la angustia histérica (Perrier, 1984). A pesar de ciertas semejanzas entre la histeria y la fobia, son estructuras distintas y las diferencias han sido explicadas por diversos autores. Para Freud en el caso de la histeria el modo de deshacerse de la representación inconciliable es trasladar a lo corporal la suma de excitación, a esto Freud le llamo conversión. En algunas personas no está presente la capacidad convertidora que les permite defenderse de esa representación inconciliable por lo tanto su manera de protegerse es separando la representación inconciliable del afecto, el cual es liberado y colocado en otras representaciones que no parecen ser inconciliables, así funciona el mecanismo de la fobia (Freud, 1894).

2.3 Mecanismo del proceso fóbico

En 1895 Freud publica “Obsesiones y fobias”(Freud, 1895). En este texto el autor menciona que las neurosis de angustia son de origen sexual pero no se reconducen a ideas extraídas de la vida sexual y carecen de mecanismo psíquico en sentido propio, su causa es la acumulación de la tensión sexual por la abstinencia o la frustración sexual (afecto de coito interrumpido, de la impotencia relativa del marido, de las excitaciones sin satisfacción de los novios y de la abstinencia forzada). En 1915 Freud publica “El inconsciente”, en tónica y dinámica de la represión. En ese texto (Freud, 1915) el autor describe que la principal característica de la histeria de angustia es que surge sin que se perciba ante qué, dentro del inconsciente existió una moción de amor que demandaba trasponerse al sistema preconciente, pero la investidura volcada a ella desde este sistema se retiró al modo de un intento de huida y la investidura libidinal inconsciente de la representación rechazada se libera como angustia.

Esta investidura del preconciente se volcó a una representación sustitutiva que por una parte se entramó por la vía asociativa con la representación rechazada y por otro lado se sustrajo de la represión por su distanciamiento respecto de aquella, a esto se le conoce como desplazamiento (Freud, 1915). Esta representación sustitutiva juega ahora para el sistema conciente el papel de una contrainvestidura, es decir que lo asegura contra la emergencia en la conciencia de la representación reprimida, la representación sustitutiva se comporta como una fuente de desprendimiento de angustia. Después en la segunda fase la contrainvestidura desde el sistema conciente ha llevado a la formación sustitutiva.

En la tercera fase el proceso de la represión aún no ha concluido, busca inhibir el desarrollo de angustia que parte del sustituto (Freud, 1915). Así pues, todo el entorno asociado

de la representación sustitutiva es investido con una intensidad particular, es decir una sensibilidad a la excitación, cualquier tipo de excitación traerá como consecuencia algo de angustia y displacer que funcionará como una señal para evitar la investidura. El evitar esta representación sustitutiva puede funcionar solo desde fuera; desde el lado de la percepción, pero no contra la moción pulsional que alcanza a la percepción sustitutiva desde su conexión con la representación reprimida (Freud, 1915).

Al no poderse controlar la pulsión sexual en la histeria de angustia, se conforma la fobia, la cual lleva a una evitación, renuncia y a la prohibición (Freud, 1915, es por medio del mecanismo de defensa que se consigue proyectar hacia fuera el peligro pulsional. El yo se comporta como si no fuera la moción pulsional lo que desarrolla la angustia sino más bien la percepción y por eso prefiere evitarla, a diferencia de la histeria de conversión en la cual la investidura pulsional de la representación reprimida se convierte en síntoma (Freud, 1915).

Según explica Freud en su texto “25 Conferencia. La angustia”, toda fobia histérica se remonta a una angustia infantil y la continua (Freud, 1917). En el caso de la fobia el síntoma se produce para prevenir la angustia y se lleva a cabo un intento de huida para evitar la angustia, es por eso que los sujetos fóbicos evitan aquellos lugares que estén relacionados con su temor. En el caso de la fobia es posible diferenciar dos fases del proceso neurótico, la primera tiene a su cargo la represión y el transporte de la libido a la angustia; la cual se liga a un peligro exterior, la segunda consiste en tomar precauciones y evitar el contacto con lo que el sujeto considera como un peligro. Esto nunca es exitoso porque jamás se consigue la total proyección del peligro libidinal al exterior. Por otro lado en “Acciones obsesivas y prácticas religiosas” Freud menciona que muchas de las situaciones y objetos angustiantes se vinculan con el peligro mediante una referencia simbólica y tienen como propósito evitar un ataque histérico (Freud, 1907).

Freud explica en “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” que existe un acuerdo entre el mecanismo psíquico de la histeria y la fobia y que la diferencia radica en que en el caso de la fobia la libido desprendida del material patógeno no pasa al cuerpo si no que se libera como angustia (Freud, 1909). En el caso de la fobia la libido no se convierte en síntomas somáticos histéricos, la angustia es libremente flotante y se sujeta del contenido de cualquier representación pasajera (Perrier, 1984), la fobia está ligada más bien a ciertos objetos o situaciones específicas, por lo tanto estos dos tipos de angustia son independientes entre sí (Freud, 1917).

2.4 Fenomenología de la fobia

En 1895 Freud define en “Obsesiones y fobias” dos grupos de fobia caracterizados por el objeto de miedo: las fobias comunes y las fobias ocasionales (Freud, 1895). Las primeras se refieren a un miedo exagerado de las cosas que a todo el mundo le desagradan o que le temen un poco; entre estas se encuentra la muerte, enfermedades, algunos animales como las serpientes y la soledad. El segundo grupo se refiere al miedo a condiciones especiales que no inspiran temor al hombre sano; entre estas se encuentra la agorafobia y otras fobias de locomoción. En este tipo el estado emotivo no aparece sino es esas condiciones especiales que el enfermo evita cuidadosamente.

Por otro lado, en el texto “Las fobias”, publicado por Sauri, Janet menciona que existen dos tipos de fobia, las de contacto y las de situación (Janet, 1984). Las primeras se refieren al miedo a que el objeto esté sucio o pueda ser peligroso, estas fobias de contacto se complican con una multitud de pensamientos obsesivos e impulsivos. Las fobias de las situaciones resultan más complicadas, estas ya no se refieren a un objeto sino a un conjunto de hechos y de impresiones

del sujeto. Las fobias a situaciones suelen aparecer más como caprichos (Freud, 1917) y en este tipo de personas por lo general existen otras fobias del mismo tipo; entre las más comunes están la agorafobia, claustrofobia y el miedo a la soledad (Janet, 1984). Por lo general en este tipo de fobias el solo imaginarse en estas situaciones provoca ansiedad y terror.

Por otro lado, Bleichmar explica en su libro “Temores y fobias” que las fobias pueden responder a distintas condiciones de producción: por trasposición de la angustia, por identificación, por insuficiencia o por progreso cognoscitivo; temores del desarrollo, por insuficiencia de funciones del yo; trastornos en la sublimación, traumáticas y las formas mixtas o articuladas (Bleichmar, 2006).

En el libro “Las fobias”, publicado por Sauri, Fenichel explica que la ansiedad en la fobia es el síntoma de un conflicto instintivo existente, la situación temida representa la tentación de un instinto cuya actividad inconscientemente es considerada como peligrosa (Fenichel, 1984). A veces corresponde a una supuesta confirmación de un castigo que inconscientemente se espera, la angustia está vinculada a un trastorno de la economía sexual (Perrier, 1984), los sujetos que se abstienen voluntariamente y que consideran todo lo sexual como horroroso se inclinan a procesar la angustia en fobias (Freud, 1895).

Según Freud en su texto “Neuropsicosis de defensa” menciona que si en una persona predispuesta a la neurosis no está presente la capacidad convertidora pero pretende defenderse de la representación inconciliable, se separa la representación del afecto y este afecto liberado se adhiere a otras representaciones no inconciliables (Freud, 1894). Para el enlace secundario de ese afecto liberado se puede tomar cualquier representación que sea compatible con un afecto de esa

cualidad o tenga algún vínculo con esa representación inconciliable a raíz de los cuales parezca utilizable como su subrogado.

Una angustia liberada, cuyo origen sexual no se debe recordar, se vuelca sobre las fobias primarias comunes del ser humano ante algunas situaciones (Freud, 1894) como la soledad, que resulta una fobia primitiva (Mom, 1984). El estar solo significa someterse al onanismo y la fobia a la soledad lo que busca realmente es evitar practicar el onanismo solitario, esto se debe a que estar solo significa abandonarse a la propia pulsión, una tentación que horroriza (Assoun, 2002).

La fobia siempre se acompaña de un estado emotivo (Freud, 1894), ese estado emotivo es la angustia y el temor. Al sujeto fóbico le resulta difícil cuando se topa cara a cara con lo que le genera angustia, y lo que realmente teme es el devenir de un ataque de angustia en una circunstancia en la cual no podrá controlar o evitar (Perrier, 1984), la fobia se produce a raíz de la percepción de un objeto, en cuanto el sujeto advierte la presencia del objeto que teme comienzan sus terrores y angustias (Janet, 1984).

El sujeto fóbico proyecta al exterior una representación intolerable y termina por desplazarla sobre un objeto o una situación que terminara por parecer peligrosa (Mom, 1984). Este objeto fóbico está relacionado con la mirada, ese objeto no puede verse sin que provoque angustia, provoca un miedo invasor, el sentimiento de un peligro que se acompaña de una intensa sensación de soledad (Assoun, 2002).

En el caso de Juanito, el objeto fóbico se considera el caballo que representa al padre castrador, es el objeto de fijación de la angustia que posibilita que se adopten medidas de evitación (Perrier, 1984). En el caso de la mujer fóbica podríamos hablar del objeto fóbico como simbolización de la madre pre-edípica. En el caso de Juanito, el caballo podría simbolizar a la

madre castrante ya que el objeto fóbico tiene múltiples caras y tiende a pluralizarse (Aranda, Ochoa, Aguado y Palomino, 1999).

Para otros autores como Lacan, el padre de Hans aparece como una persona sin autoridad, en la cual su palabra carece de valor ante la madre (Lacan, 1970). En el caso de Hans la angustia no proviene de la ausencia de la madre, sino de su presencia (Ornelas, 2010).

2.5 La actitud contrafóbica

Uno de los autores que ha explicado el tema de la actitud fóbica es Fenichel, en su texto “La actitud contrafóbica” explica que esta característica consiste en evitar algunas situaciones u objetos los cuales están ligados a la ansiedad y a la angustia (Fenichel, 1984).

Según Fenichel ante el fracaso de introducir una actitud defensiva surge un ataque de ansiedad y que estas situaciones en lugar de ser evitadas, son más bien buscadas en determinadas condiciones. Cuando el sujeto descubre que puede superar una situación que anteriormente lo hubiese sumergido en la angustia, disfruta de una gratificación. Esto funciona en un lugar determinado en el cual aparece el placer y este se asocia con un gasto de energía a la ansiedad o a la expectativa temerosa que experimenta un sujeto inseguro de poder dominar la excitación relacionada con la experiencia.

La actitud contrafóbica puede verse como un intento interminable de superación retardada de la ansiedad infantil que no se ha dominado y esta ansiedad no se podrá superar si la actividad contra la que se haya dirigida tiene un significado sexual oculto. Podrá funcionar como

una especie de sublimación pero no será exitosa, será temporal, porque la ansiedad primaria continuara viva.

En la actitud contrafóbica existe una búsqueda activa de situaciones anteriormente temidas que resulta gratificante, pero cuando surge la misma situación de manera inesperada y en otro contexto sin actividad del sujeto, aparece de nuevo el antiguo temor.

La protección que busca el sujeto funciona como una manera de desmentir la convicción inconsciente en la naturaleza violenta del acto a ejecutar, si él mismo permite el acto, este no puede perjudicarlo.

Se busca la situación real con la que se asocian expectativas imaginarias del castigo para convencer al sujeto de que esta relación es imaginaria y que únicamente existe la situación misma. El temor como cualquier otra excitación podrá ser una fuente de excitación sexual, a pesar de los intentos de represión o negación de la ansiedad la actitud sobrecargada de tensión significa que la tensión aún sigue. En la actitud contrafóbica aquello que se prefiere si se cumplen ciertas condiciones se evita si se alteran las mismas (Fenichel, 1984).

Esta ambivalencia de evitar-buscar la situación u objetos temido tan característica de la actitud contrafóbica se ve claramente en el caso de las fobias, el sujeto experimenta miedo y placer a la vez hacia el objeto fóbico. El sujeto fóbico teme a su objeto de aversión preferido (Assoun, 2002) y todos sus síntomas están derivados de fantasías (Freud, 1894), la angustia de ese objeto no proviene de un recuerdo cualquiera si no que siempre es de origen sexual (Perrier, 1984).

2.6 El acompañante fóbico

El sujeto fóbico pretende evitar lo que se colocó en el mundo externo para escapar de una situación intolerable en el mundo interno. Se proyecta en el mundo exterior los impulsos eróticos y agresivos, los objetos externos se cargan de la peligrosidad de los impulsos y se cargan de cualidades que representan los objetos a los cuales teme el sujeto.

Una de las características del sujeto fóbico es que debido al temor que siente hacia el objeto o situación tiende a buscar protección en alguien. Spilka en su libro “Bases para una psicopatología psicoanalítica” describe claramente lo que es el acompañante fóbico y cuáles son sus características principales (Spilka, 1973). La función principal es proteger imaginariamente al sujeto contra los perseguidores internos y externos que tiene que enfrentar. La relación con el acompañante está plasmada de elementos eróticos y agresivos a la vez, puede llegar a ejercerse control y tiranía hacia este y la posesividad aparentemente erótica transformarse en una posesividad sádica y celosa al extremo.

En muchas ocasiones el acompañante no es una persona reconocida como tal, puede ser que no sepa que lo es o que ni el mismo sujeto fóbico se dé cuenta de que cumple esta función. Los roles del acompañante fóbico son numerosos, entre ellos están proteger, transformarse en un elemento más de la evitación del cumplimiento del deseo peligroso colocándose como un tercero interpuesto, una especie de guardián expectante y controlador del suceso temido y deseado. Esto significa que el tercero edípico no ha sido atacado o destruido sino que está ahí siempre y a la vista.

El sujeto fóbico tiende a cuidar a su objeto acompañante y de alguna manera depende de él tratando de conservar su bondad e idealizándolo, el acompañante normalmente es un depositario muy capacitado y el más controlado de los acompañantes.

2.7 La tauromaquia

La tauromaquia se entiende como una forma histórica o un ritual de sacrificio simbólico en donde dicho sacrificio representa estabilidad, fortaleza, firmeza, valor y admiración (Graña, J.L., Cruzado, J.A., Andreu, J.M., Muñoz-Rivas, M.J., Peña, M.E & Brain, P.F, 2004).

Resulta un ritual en donde todo tiene un significado, desde el traje que porta el torero hasta el sacrificio del toro, el traje suele ser llamativo y con colores brillantes que llaman la atención del público. La ceremonia refuerza en los espectadores actitudes de respeto y admiración hacia el torero mientras este demuestra su habilidad y valentía.

Existen numerosos libros enfocados en la tauromaquia que describen esta ceremonia, pero son pocos los que explican este tema desde el aspecto psicológico y mucho menos desde la teoría del psicoanálisis. Según Paniagua el público deposita sus propios deseos en el torero, por medio de la proyección y termina identificándose con él (Paniagua, 2008).

Cuando los aficionados a las corridas de toros mencionan que padecen con el sufrimiento y se alarman si el torero resulta herido no están conscientes de que estos sentimientos son reactivos a sus ocultos deseos sádicos, la realidad es que toda la ceremonia despierta en el espectador numerosas sensaciones que van desde el placer hasta el miedo y la agresión.

La tauromaquia se podría explicar desde la dinámica edípica del sujeto neurótico (Paniagua, 2008). En el texto de Freud “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” el autor plantea el complejo de Edipo como un momento en el cual el objeto de amor del niño es la madre, el niño busca el afecto y la atención de la madre, sin embargo el objeto de amor de la madre es el padre, cuando el niño se da cuenta de esto ve al padre como su rival, es decir que existe una ambivalencia de sentimientos hacia el padre, por un lado amor y por el otro hostilidad (Freud, 1909). Según el autor el deseo del niño consiste en tener a la madre pero como no puede tenerla, termina por identificarse con el padre y asumir la castración.

Durante la ceremonia de la tauromaquia, el torero lucha contra el toro que representa su rival, fuerte, amenazante e imponente y es este quien representa la figura de autoridad; que puede ser la madre o el padre. Por lo tanto cuando el sujeto aficionado a la tauromaquia presencia como el torero lucha con el toro, mostrando su valentía y fuerza representa una lucha de poder entre el niño y la figura de autoridad para saber quién se queda con el objeto de amor.

Otro elemento importante presente en el aficionado a la tauromaquia es el erotismo. Para Bataille el erotismo es uno de los aspectos de la vida interior del hombre, en donde los sentimientos involucrados son opuestos (Bataille, 2007). La experiencia interior del erotismo requiere de quien la realiza una sensibilidad no menor a la angustia que funda lo prohibido, que al deseo que lleva a infringir la prohibición, el deseo con el pavor, el placer intenso con la angustia. Esa misma ambivalencia de sentimientos experimenta el sujeto cuando observa al torero en acción. Según Freud el sujeto neurótico tiene hacia sus prohibiciones una actitud ambivalente, en el inconsciente nada le gustaría más que violarlas pero al mismo tiempo tiene miedo de hacerlo justamente porque le causaría placer y el miedo es más intenso que el placer (Freud, 1913). Se podría decir que la tauromaquia resulta una ceremonia sumamente erótica por

la ambivalencia de sentimientos que provoca en el aficionado, que tiene miedo de satisfacer su deseo por lo tanto prefiere proyectarlo en otro.

Durante la ceremonia tanto el torero como el público experimentan miedo al igual que excitación sexual, la tauromaquia constituye una forma culturalmente sintónica de enfrentarse a la angustia y al miedo a la muerte (Paniagua, 2008). Según Bataille existe una relación entre la muerte y la excitación sexual, la visión o la imagen del acto de dar muerte pueden despertar en algunos sujetos la excitación sexual (Bataille, 2007).

Por otro lado, Freud en su texto “Fragmento de análisis de un caso de histeria, tres ensayos de teoría sexual, y otras obras” explica que la excitación sexual se presenta en el niño como objeto de deseo a la madre, horrorizado ante su deseo incestuoso tratara de evitar cualquier actividad que le dé satisfacción, pero terminara por liberar cierta energía sexual en otras actividades, específicamente el onanismo (Freud, 1905). No importan las excitaciones sexuales que un individuo experimentó en su infancia sino su reacción ante a estas vivencias, es decir si respondió a estas impresiones con la represión.

Las neurosis corresponden a una represión excesiva de las aspiraciones libidinosas (Freud, 1905). En el caso de los sujetos aficionados a la tauromaquia la energía reprimida se libera con esta ceremonia en la cual el torero lucha con el toro debatiéndose entre la vida y muerte mientras el final permanece en duda, es justamente este debate el que causa tal erotismo en el sujeto. Según Bataille en todas las épocas el hombre se define por una conducta sexual sometida a reglas, a restricciones definidas y la experiencia interior del erotismo requiere de quien la realiza una sensibilidad no menor a la angustia que funda lo prohibido, que al deseo que lleva a infringir la prohibición (Bataille, 2007). Es así como se vincula siempre el deseo con el

pavor, el placer intenso con la angustia, es por medio de la prohibición que se busca excluir la violencia de la reproducción sexual y la muerte.

La prohibición está vinculada con la muerte ya que tanto la violencia como la muerte tienen un sentido doble, por un lado un terror vinculado al apego que nos inspira la vida y nos hace alejarnos, y por el otro nos fascina un elemento mágico y a la vez terrorífico, por lo tanto esto parece una contradicción (Bataille, 2007).

La violencia de la que la muerte está impregnada solo en un sentido induce a la tentación y excitación cuando se trata de encarnarla en nosotros contra un ser viviente, cuando nos viene el deseo de matar, la violencia es siempre causa de muerte. La sangre por sí misma es signo de violencia, una prohibición asociada a la sexualidad. La sexualidad y la muerte simplemente son los momentos agudos de una fiesta que la naturaleza celebra y festeja con la multitud de los seres y ahí la sexualidad y muerte cobran un sentido contrario al deseo que tiene cada persona. Dentro de la fiesta, la violencia y el erotismo son aceptados y tiene lugar mientras esta sea activa y contagiosa.

Lo que es objeto de una prohibición se considera sagrado, como la fiesta. El deseo de matar está relacionado con la prohibición al igual que la sexualidad y ambas están prohibidas en determinados casos y situaciones, Bataille explica que en la fiesta la víctima animal era sagrada y expresaba la maldición vinculada a la violencia (Bataille, 2007). El animal muere y aquellos que forman parte de dicho ritual forman parte de lo sagrado, lo que nos da la aventura de otro es la oportunidad de vivir como él, soportándolo sin demasiada angustia, gozar del sentimiento de perder o de estar en peligro. La mayor angustia que va hasta la muerte es lo que los hombres desean. Cuando el animal muere, pasando ya el desorden existe una continuidad en los humanos

en cambio la violencia sexual abre una herida que será difícil cerrar. La angustia elemental vinculada al desorden de la sexualidad es significativa de la muerte, la esencia del erotismo se da en la asociación del placer sexual con lo prohibido.

CAPITULO 3: METODOLOGIA

El presente capítulo contiene los principales elementos, variables y aspectos del método psicoanalítico. Cada uno de estos elementos se considera importante dentro del proceso terapéutico y se debe tomar en consideración para realizar el estudio de caso.

3.1 Método Cualitativo

El enfoque de investigación que se implementará en el presente proyecto es de tipo cualitativo. Este tipo de enfoque se basa en métodos como descripciones, entrevistas abiertas, las observaciones no estructuradas, revisión de documentos, evaluación de experiencias personales. Utiliza el uso y recolección de materiales de introspección, historias de vida, textos observacionales, interactivos y visuales. Comienza con la observación detallada y próxima a los hechos, el análisis cualitativo surge de aplicar una metodología específica orientada a captar el origen, proceso y naturaleza de estos significados de la interacción simbólica entre los individuos (Ruiz, 1999). Los escenarios son naturales, contextos en los cuales tienen lugar experiencias de la vida cotidiana, donde el investigador interpreta lo que ve. Implica un enfoque interpretativo y naturalista del mundo, es decir que los investigadores estudian cosas en sus escenarios naturales con el objetivo de entender e interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas les dan (Denzin & Lincoln, 2011).

Como escenario de actividades interpretativas la investigación cualitativa no privilegia una única práctica metodológica sobre otras, los investigadores cualitativos utilizan numerosos recursos; análisis de relatos, contenidos y discursos (Denzin y Lincoln, 2011).

3.2 Estudio de Caso

Algunos autores como Yin definen el estudio de caso como un análisis empírico que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y contexto no son tan evidentes (Yin, R, 1994). El estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. Cuando nos referimos al estudio de caso cualitativo el investigador enfatiza las diferencias, la secuencia de los eventos en su contexto, la globalidad de las situaciones personales (Stake, R, 1999). Cuando realizamos un estudio de caso pretendemos conocer al individuo, comprenderlo y es porque nos gustaría escuchar su historia.

De acuerdo con Merriam un caso puede ser una persona o un programa (Merriam, 1998). La característica más importante del estudio de caso consiste en delimitar el objeto de estudio, el caso. Lo que identifica al estudio de caso es que se selecciona porque es una instancia de algo que preocupa, un problema o una hipótesis. Según Wilson (1979, citado por Merriam, 1998) el estudio de caso es un proceso que trata de describir y analizar un sujeto en términos cualitativos, complejos y comprensivos, como una estrategia de investigación (Yin, 1994).

3.3 Modelo psicoanalítico

3.3.1 Dispositivo analítico.

Dentro del dispositivo analítico encontramos 4 invariables importantes que deben ponerse en práctica en sesión.

La primera, la asociación libre es la técnica fundamental del psicoanálisis, en la cual se le pide al paciente que diga todo lo que se le ocurre y pasa por su cabeza sin importar que le parezca banal, vergonzoso o una ocurrencia (Freud, 1904), es un constitutivo de la técnica psicoanalítica (Laplanche y Pontalis, 1996) y el medio principal que nos permite acceder al inconsciente. Empleando la técnica de la asociación libre se descubren nuevos hechos, que se relacionan con el aspecto sexual (Etchegoyen, 1993) y el objetivo principal es que el paciente hable libremente, sin ningún tipo de guía.

Otro elemento importante es la atención flotante, esta se refiere a que el analista debe dejar de lado todo prejuicio, idea e inclinaciones personales que puedan impedirle ser objetivo. El analista debe interpretar lo que escucha en el discurso del paciente sin hacer algún tipo de selección (Laplanche y Pontalis, 1996).

La neutralidad es otra cualidad importante dentro del dispositivo analítico, significa poder ser neutral, es decir no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, además el analista debe abstenerse de dar consejos al paciente (Laplanche y Pontalis, 1996).

Por último, hacemos mención a la regla de la abstinencia, la cual refiere a que el analista no puede darle al paciente ningún tipo de satisfacción directa o inmediata, es decir que se debe mantener o restablecer la frustración con la finalidad de que la cura no se paralice (Laplanche y Pontalis, 1996). La regla de la abstinencia es para el analista una norma ética, y si no se cumple pone en riesgo el análisis y la integridad del analista (Etchegoyen, 1993).

3.3.2 Encuadre psicoanalítico.

Se refiere a el marco que alberga el contenido e incluye algunas variables instrumentales como el horario; la hora establecida entre el analista y el paciente para llevar a cabo la sesión, la frecuencia de las sesiones por semana, el tiempo que dura la sesión (generalmente de 45 a 50 min), los honorarios; el costo que se maneja por sesión, y la posición corporal del paciente, es decir ya sea sentado o acostado en el diván (Etchegoyen, 1993).

3.3.3 Proceso analítico.

Es producto del dispositivo y encuadre en el cual aparecen elementos importantes como la transferencia, resistencia, elaboración e intervención.

- **Transferencia:** la mayoría de los autores la describen como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica y la caracterizan por algunos elementos como la instauración y la interpretación. Algunos autores definen la transferencia como el proceso en el cual los deseos inconscientes se colocan sobre otros objetos dentro de una relación específica, especialmente dentro de la relación analítica (Laplanche y Pontalis, 1996). Otros autores como Lacan (citado por Etchegoyen, 1993) describen la transferencia como un obstáculo dentro del análisis debido a que hubo un fracaso en el contexto de las relaciones dialécticas de la cura.
- **Resistencia:** se toma como todo aquello que sea acto o palabra del paciente que se oponga a acceder al inconsciente.

- **Elaboración:** es la transformación de la cantidad de energía que permite controlarla, derivándola o ligándola.

3.3.4 Instrumentos.

Se consideran instrumentos de concientización que se utilizan para recabar información del paciente y que además contribuyen a que se de la asociación libre.

3.3.5 Procedimientos.

Tienen como objetivo describir ciertas condiciones materiales que permiten el establecimiento de la intervención clínica e incluye los siguientes elementos: método de la asociación libre, formas de intervención, frecuencias por semana, honorarios, tiempo y condiciones institucionales.

3.4 Técnicas y estrategias de intervención

Son instrumentos con los cuales el terapeuta puede acceder al discurso y a la historia del paciente, son fundamentales para poder llevar a cabo una intervención clínica. Son los siguientes:

3.4.1 Instrumentos para recabar información.

Se utiliza la ficha de identificación del paciente, se toma en cuenta el discurso del paciente, la viñeta clínica realizada por el terapeuta al final de cada sesión y se utiliza la información de las preguntas específicas que se le realizaron al paciente.

3.4.2 Instrumentos de concientización.

Los instrumentos que se toman en cuenta son la interpretación, señalamiento, confrontación y construcción.

- La interpretación: es el instrumento que hace consciente lo inconsciente, es descrita como algo que pertenece al paciente pero de lo cual no tiene conocimiento (Etchegoyen, 1993). Es una deducción del sentido latente que se presenta en las manifestaciones verbales y de comportamiento (Laplanche y Pontalis, 1993), una explicación que el psicoanalista le ofrece al paciente, basándose en lo que este le dijo para aportarle algún conocimiento nuevo. Otra cosa importante sobre la interpretación es que la información que se le da al paciente debe ser pertinente, debe ser en el momento adecuado, y se debe tomar en cuenta el timing del paciente.
- El señalamiento: se utiliza para obtener información, se trata de señalar algo de lo cual el paciente no se ha percatado (Etchegoyen, 1993), de hacerle fijar la atención en algo que ha aparecido y que podría llevar a alguna asociación.
- La confrontación: se aplica para mostrarle al paciente contradicciones en su discurso para colocarlo en un dilema y que se dé cuenta de las incongruencias.

- La construcción: se refiere una elaboración del analista más extensa y más distante del material de la interpretación para reconstruir la historia infantil del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1996).

CAPITULO 4: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

El presente capitulo contiene el estudio de caso de una paciente, debido a la confidencialidad de terapeuta-paciente algunos datos han sido cambiados pero aquellos que permiten establecer un diagnóstico y definir su estructura subjetiva permanecen intactos.

4.1 Historial Clínico

4.1.1 Resumen del caso clínico.

Ema, una mujer de aproximadamente 48 años, acude a terapia ya que siente miedo de salir a la calle sola, depende mucho de las demás personas, en especial de sus dos hijos y su pareja. No se siente segura en ningún lugar más que en su casa, tiene conflictos en su trabajo ya que no desempeña adecuadamente sus funciones de empleada, incluso le han suspendido. Le teme a la sangre, la soledad y la muerte, cuando tiene que lidiar con alguna de estas situaciones comienza a sentirse ansiosa y siente que no puede manejar la situación. En general tiende a evitar este tipo de situaciones no asistiendo a funerales u hospitales, tomando taxis en lugar de camiones y si llega a salir siempre va acompañada. Como enfermera y empleada en una farmacia le es difícil no enfrentarse a situaciones en las cuales alguno de estos elementos esté presente. En especial la sangre, ya que en ocasiones algunas personas se le han presentado con algún tipo de accidente o cortada y le piden ayuda a ella, la solución para ella en este tipo de casos es pedirle a las otras empleadas que sean ellas quienes los atiendan.

Como sujeto con síntomas de ansiedad, la paciente evita las situaciones que le provocan miedo, angustia y excitación pero al mismo tiempo parece colocarse en un contexto donde está presente cada elemento que le atemoriza. La paciente se considera una aficionada a las corridas de toros, fiesta en la cual claramente están presentes la sangre, la soledad y la muerte, elementos que para ella resultan tan terroríficos en otro contexto. La paciente Inconscientemente coloca sus miedos y angustia en dicha ceremonia de manera simbólica y esto resulta el lugar ideal para canalizar la energía sexual, ya que se considera una ceremonia socialmente aceptada, un espectáculo y una forma de expresión de arte.

Primera impresión: la paciente llega unos 10 minutos tarde a la primera sesión, viene acompañada de un hombre que parece ser algo mayor que ella una vez que ella entra a sesión, este se queda esperando en la sala de espera. A primera vista la paciente aparenta tener entre 45 y 50 años, es una mujer de estatura promedio, de complexión robusta, con cabello corto, no trae maquillaje puesto, viste un uniforme con el logo de un supermercado y lleva puestos unos zapatos sin tacón que aparentan ser cómodos. Se muestra sonriente y entusiasmada de estar ahí, su voz tiene un volumen medio y habla despacio.

4.1.2 Motivo de consulta.

La paciente explica que ha acudido a terapia porque se siente insegura cuando sale de su casa, dice tener miedo cuando sale a la calle y que procura no salir más que al trabajo. Menciona que se siente insegura en todos lados excepto en su casa. Trabaja en la farmacia de un supermercado y para llegar ahí desde de su casa toma un taxi todos los días porque siente miedo cuando se sube a un camión y no puede caminar ella sola a la parada. Dice que ya no quiere

depender de sus hijos, los cuales acostumbran a acompañarla a todos lados. Menciona que le da miedo estar sola y que siente miedo cuando ve sangre, para ella esto resulta problemático porque en ocasiones tiene que atender a la gente que tiene algún accidente dentro del supermercado y no puede hacerlo por lo cual les pide a otras empleadas que lo hagan por ella. Dice que siempre que la vocean o la llaman en el trabajo se imagina que algo grave ha sucedido, que hubo algún accidente y hay alguien herido y que esto le provoca mucha angustia. Además comenta que sus miedos le están afectando en su vida personal y en su trabajo y que siente que le quita tiempo a sus hijos de las responsabilidades de la escuela.

4.1.3 Demanda del tratamiento.

La paciente menciona que espera que la terapia le ayude a poder estar sola sin sentir angustia o miedo y a no depender tanto de sus hijos, así como conocer algunas técnicas que le permitan solucionar sus problemas.

4.1.4 Sintomatología actual.

A pesar de que la paciente se muestra tranquila durante las sesiones comenta que siente mucha ansiedad cada vez que sale de su casa sola y camina por la calle, que la invade una sensación de miedo y que siente la necesidad de regresar a su casa inmediatamente. En su trabajo no puede atender a personas que hayan tenido un accidente o se hayan cortado, imagina que es algo grave y que tendrá que lidiar con mucha sangre y comienza a angustiarse. Esto le causa problemas en su trabajo ya que no cumple con todas sus funciones como empleada y la han

suspendido por no realizar bien su trabajo y por no atender este tipo de accidentes. Comenta que tampoco puede atender a soldados cuando se presentan en la farmacia, porque siente miedo. Uno de sus miedos es a quedarse sola y a la muerte. Dice que no le es posible acudir a funerales o ceremonias de este tipo porque comienza a sentir ansiedad, tampoco acude a hospitales a visitar a amigos o familiares enfermos porque siente mucha angustia cuando los ve en esas condiciones.

En una sesión Ema dice:

- “Te quería contar que me suspendieron en el trabajo por 3 días, lo que paso es que se me ocurrió sentarme en el pasillo de la farmacia mientras trabajaba, pero es que estaba tan cansada porque no dormí bien de estar pensando cosas”
- ¿En qué cosas pensaba?
- “Pues en mis miedos, en qué pasaría si me quedara sola. Pues estaba muy cansada en el trabajo y me senté en el piso, pensé que nadie me vería pero alguien me tomo una foto, no supe quien fue pero se la enseñaron al gerente y este me mandó llamar para hablar conmigo. Me dio una vergüenza porque además nunca me habían suspendido, y es que siento que toda esta situación y mis miedos me están afectando en el trabajo, antes eso no me pasaba, ahora ni en mi trabajo me siento segura”.

4.1.5 Impresión diagnóstica.

A pesar de que la paciente habla claramente de sus fobias desde la primera sesión, no fue sencillo establecer un diagnóstico. Después de indagar más en la historia personal de la paciente, su historia familiar, su relación con sus padres y con otras personas se pudo establecer el diagnóstico como una fobia derivada de una estructura histérica, es decir como una neurosis

mixta entre la fobia y la histeria. No podríamos pensar en una estructura plenamente histérica ya que la paciente no presenta síntomas de conversión, no traslada la suma de excitación a lo corporal como sucede en las pacientes histéricas si no que más bien separa el afecto de la representación inconciliable y deposita su angustia en otros objetos o situaciones. Freud explicaba que al no poderse controlar la pulsión sexual en la histeria de angustia se depositaba en otros objetos y se optaba por evitarlos (Freud, 1915), es así como se conforma la fobia, además sabemos que algunas fobias pueden surgir a causa de una angustia histérica (Perrier, 1984).

4.2 Estructura subjetiva

En el presente apartado vamos a trabajar con toda aquella información que nos permita explicar la estructura subjetiva de la paciente, tomaremos en cuenta la relación con la familia, eventos importantes en la vida de la paciente, rasgos de carácter, entre otros.

4.2.1 Contexto familiar.

Según comenta la paciente, pasó toda su infancia con sus padres y su hermana mayor. Menciona que fue muy unida a su madre siempre, muy dependiente a ella y que solía acompañar a esta a todos lados, de pequeña Ema y su madre siempre estaban juntas y ella hacía todo lo que su mamá le decía, siendo ella la más pequeña de dos hijas, siempre fue la niña buena de la casa y la más obediente. Para Ema su madre siempre la protegió de cualquier peligro, sin embargo según contaba su historia quedaba cada vez más claro que su madre la golpeaba y la maltrataba física y emocionalmente.

En muchas ocasiones la chantajeaba y la amenazaba, era una madre castrante que no le permitía tener ningún tipo de relación amorosa y mucho menos casarse. Cuando le pregunte como era la relación con su hermana me dijo que la relación era buena, solían conversar de muchas cosas y hacían todo juntas a pesar de que tenían distintas personalidades. Dice que su hermana era muy rebelde cuando eran pequeñas, solía decir muchas maldiciones y le contestaba mucho a su mamá, para Ema el que su hermana se comportara así estaba mal, ella pensaba que debía obedecer a su madre en todo.

Por otro lado, la relación con su padre fue muy distinta a la que tenía con su madre, a pesar de que se llevaban muy bien, casi no lo veía porque trabajaba mucho. Según Ema su padre se levantaba temprano y se iba a trabajar, regresaba sólo para comer un par de horas y después se iba de nuevo al trabajo hasta que regresaba a la casa hasta en la noche. Ema comentaba que su padre era muy consentidor, muy noble y muy distinto a su madre.

En una ocasión su padre las llevo a Ema y a su hermana a la escuela a pesar de que este no era su trabajo ya que era la madre la que solía acompañarlas a la parada del camión, su madre les prohibía jugar en el parque porque temía que se lastimaran pero ese día su padre rompió esa regla y les permitió jugar, sin embargo hubo un accidente ya que Ema se lesionó el brazo y tuvieron que acudir al hospital. La madre regañó a todos y les prohibió volver a jugar en el parque además de explicarle a Ema que por eso no dejaba que jugara porque sabía que podía lastimarse. Según Ema tanto su padre como ella obedecían a su madre en todo, algunas veces los vio discutir pero siempre era la madre la que gritaba y se mostraba muy enfadada, su padre en cambio solía quedarse callado.

Actualmente Ema vive con sus dos hijos, un varón de 21 años y una hija de 19. Es muy unida a sus dos hijos, desde que nacieron se dedicó a su educación y a criarlos, mientras sus hijos estaban pequeños no trabajaba así que pasaba todo el tiempo con ellos, era su esposo quien mantenía todos los gastos. Se separó de su esposo después de 20 años de casados (aunque nunca solicitó el divorcio) y se vio obligada a buscar un trabajo para mantener los gastos de la casa.

Según me cuenta Ema, después de la separación de su esposo sus hijos no han querido saber nada de su padre y se rehúsan a verlo y a recibir cualquier tipo de apoyo por parte de él. Sus hijos a pesar de ser unidos a ella son bastante independientes pues buscan salir adelante por ellos mismos estudiando y formando vínculos fuera de casa, sin embargo parecen ser ellos quienes toman las decisiones importantes y en ocasiones la hija se ve forzada a asumir más el papel de madre que de hija. La paciente actualmente mantiene una relación con un hombre que es diez años mayor que ella, dicha relación se basa más en el acompañamiento y la conveniencia que en el aspecto amoroso y sexual y cada uno vive en su propia casa. Según Ema sus hijos se llevan muy bien con su pareja, si algo se les ofrece él les ayuda, para ella él es un hombre noble y respetuoso que ha sido una gran compañía para ella.

4.2.2 Figuras significativas.

- La madre: una mujer fálica, agresiva con sus hijas, chantajista, amenazadora, castigadora y castrante que maltrataba a sus hijas físicamente y emocionalmente. Asumía el papel de autoridad en la casa, ponía las reglas y mantenía a todos al margen. Siempre fue una mujer aprensiva pero esto empeoró una vez que falleció su hijo, desde entonces fue más estricta en la manera de educar a sus hijas. Era muy poco afectiva con todos, no

daban muchas muestras de cariño a sus hijos o su esposo, para ella la mejor opción para proteger a sus hijas era no dejarlas salir mucho a la calle más que para lo necesario, tanto la calle como la gente resultaban peligrosas y poco confiables, cualquier comida poco saludable podría traer enfermedades por lo tanto estaba prohibido.

- El padre: un hombre noble, tranquilo y con poco carácter, devaluado por la esposa e incluso por sus hijas, trabajador pero sin autoridad en la familia, obediente con la esposa, acostumbraba a evadir los conflictos sobre todo aquellos que tenía con la esposa. Acostumbraba a tomar mucho pero luego dejó el alcohol, a pesar de que en ocasiones tomaba en exceso nunca fue violento con su familia. No solía decir su opinión sobre temas importantes en la casa, era incapaz de contradecir a su esposa, en muchas ocasiones se guardaba sus críticas con la finalidad de evitar discusiones. Tenía buena relación con las hijas y las consentía cada vez que podía pero siempre con el miedo a que su esposa lo descubriera.
- Hermana mayor: considerada una mujer valiente, arriesgada y rebelde. En muchas ocasiones desafiaba a su madre, se salía sin permiso y le contestaba, decía muchas groserías y su madre la golpeaba constantemente por su mala conducta. Llevaba una buena relación con Ema, a pesar de que Ema creía que estaba mal que se portara así con su madre solía jugar mucho con ella cuando era pequeña.
- Esposo: al inicio del matrimonio con Ema fue un hombre trabajador y un buen padre. Después de años de casado dejó de pasar tanto tiempo con su esposa e sus hijos, trabajaba

bastante pero comenzó a ser infiel y a llevar una doble vida. Tenía relaciones esporádicas con otras mujeres y con una vecina la cual mantenía una relación de amistad con Ema, tuvo un hijo de ella y cuidaba de ellos e incluso en ocasiones se iba por semanas a estar con ellos sin decirle nada a Ema y regresaba sin dar explicaciones. Era un hombre poco confiable, debido a un episodio que recordó Ema sobre su esposo y una menor de edad no permitía que estuviera a solas con su hija mientras esta era pequeña por miedo a que abusara sexualmente de ella.

- Pareja: un hombre diez años mayor que Ema, de carácter pasivo, noble, amable, honrado y fácil de manejar. La relación que tenía con Ema parecía más platónica, funcionaba como acompañante fóbico. Acompañaba a Ema a muchos lugares ya que ella no podía ir sola. Vivía en su propia casa y no mantenía una relación tan cercana con los hijos de Ema, a pesar de esto cuando los veía (siempre en presencia de Ema) se portaba de manera educada, Ema decía que sus hijos lo apreciaban mucho.

4.2.3 Estructuración edípica.

La paciente vivió toda su niñez junto a su madre, acompañaba a su madre a todos lados, era muy obediente y hacía siempre lo que ella le decía. Su madre solía chantajearla y amenazarla para que no se portara mal, esta relación de dependencia hacia la madre se basaba en el miedo a ser castigada. Para Ema su madre era muy estricta, dura pero eso era signo de carácter fuerte y valentía en cambio su padre siendo un hombre tranquilo y noble tenía un carácter débil.

Su madre les prohibía hacer muchas cosas tanto a Ema y a su hermana como a su esposo. Ema no pasaba mucho tiempo con su padre, este siempre estaba trabajando y la madre no confiaba mucho en este ya que acostumbraba a consentir a sus hijas a escondidas, pero a pesar de que pasaba poco tiempo con él Ema disfrutaba estos momentos y deseaba poder estar con él más tiempo.

Para Ema su padre era un hombre trabajador, honrado y amable, jamás les levanto la mano a ella, su hermana o su madre, pero jamás fue visto como una figura de autoridad o la ley, la madre siempre fue la que dictaba las reglas, a ella se le tenía miedo y todos en la familia la obedecían. Con un carácter tan fuerte a Ema siempre se le dificulto identificarse con su madre, pero la veía como una mujer fuerte, valiente, dedicada a sus hijos y a su familia; cualidades que Ema decía que valoraba y admiraba.

Por otro lado Ema obedecía a su madre porque le tenía miedo y esta la chantajeaba y la manipulaba a su conveniencia, al inicio a la paciente le era imposible admitir sus emociones hacia su madre, con el tiempo pudo expresarlas pero jamás admitió el odio que sentía hacia ella y solía justificarla diciendo que su madre era así porque debía sacar a sus hijas adelante. A pesar de que nunca lo mencionó se podía ver claramente esta ambivalencia de sentimientos hacia la madre, una relación de amor-odio.

Ema se casó a los 19 años, en contra de la voluntad de su madre, su madre siempre le dijo que ella debía permanecer a su lado y cuidar de ella, no estaba de acuerdo en que sus hijas tuvieran novio o se cansaran pero al final Ema conoció a un hombre quien aparentemente reunía todas las cualidades que ella buscaba en un hombre; trabajador, amable, dedicado y caballeroso. Estuvieron juntos aproximadamente veinte años pero para entonces ya la relación estaba

deteriorada, su esposo le fue infiel con varias mujeres, con una de las cuales tuvo un hijo sin que Ema lo supiera. Él se iba de la casa y no regresaba en días, semanas y meses, Ema aseguraba que no sabía que sucedía al principio y su reacción a esta ausencia era no decir nada y continuar con su vida de casada.

4.2.4 Acontecimientos importantes.

- **Infidelidad del esposo:** en una de las sesiones la paciente recuerda algo que sucedió con su esposo. Ya con unos años de casados y con su hija de dos años vivían en una casa y alado vivía una vecina quien tenía una hija de 14 años, Ema mantenía una buena relación con la vecina y con la hija de esta, como la vecina trabajaba todo el día la hija se quedaba sola y en ocasiones iba a comer a la casa de Ema, uno de estos días Ema le pidió a su esposo que fuera a buscar a la joven a la casa de alado para que fuera a comer con ellos, el esposo fue a buscarla y llevaba a su hija en brazos, como se tardaban en llegar Ema fue a buscarlos a la casa de la vecina y cuando entró a uno de los cuartos vio a su esposo sentado en una cama acariciando a la joven de 14 años y justo a un lado estaba la niña de dos años recostada en la cama. A partir de ese momento Ema evitaba dejar solos a sus hijos con su padre, en especial a la niña, cada vez que la veía jugando con su padre le pedía que fuera a jugar afuera o con su hermano. Ahora con su pareja hace lo mismo, no le gusta mucho la idea de que esté solo con sus hijos y no vive con él.
- **Fallecimiento del hermano:** en una de las sesiones que se tuvo con la paciente se tocó el tema de la muerte, Ema recordó que alguna vez tuvo un hermano menor que ella el cual

murió a los cuatro años, que una noche su madre lo mando a su habitación en la cual dormía solo, el niño había ido con la madre a pedirle que lo acompañara al cuarto a arrojarlo, la madre le dijo que iría enseguida, pero cuando por fin entro al cuarto él ya estaba muerto. Según comenta la paciente ella tenía siete años cuando esto sucedió y casi no recuerda nada, excepto algunos detalles como el haber escuchado gritos por parte de la madre y el llanto de su padre, haber estado parada en el marco de la puerta de la habitación del hermano junto a su hermana sin entender lo que pasaba, hasta que su padre se percató de su presencia y las envió de regreso a cuarto. Otra cosa que recuerda es que sus padres estaban muy tristes, que su padre lloraba mucho pero que a su madre jamás la vio llorar.

4.2.5 Perfil subjetivo.

4.2.5.1 Maneras de interacción.

La paciente tiende a pensar mal de los demás y a desconfiar, dice llevarse bien con el personal de su trabajo sin embargo en una ocasión una empleada la expuso con el jefe para que este viera que no realizaba adecuadamente sus funciones, cuando se le pregunto porque pensaba ella que había ocurrido esto parece ponerse en papel de víctima y decir que ella se porta bien con todos. Parece tener un comportamiento infantil cuando le conviene ya que se coloca en el lugar de la víctima, esto le resulta cómodo para que la gente haga las cosas por ella. Su jefe por otro lado según comenta es un hombre amable que incluso le dio permiso de llegar tarde al trabajo para que pudiera ir a terapia y la apoya emocionalmente aunque ella evite realizar algunas funciones que le corresponden como empleada.

Prefiere no relacionarse con gente desconocida y no sale de la casa a menos que tenga que hacerlo, por lo tanto no tiene una vida social muy activa más que con su familia, y sus amigas son escasas y mucho menos tiene amigos del sexo masculino. Tiene una pareja pero no lo menciona mucho, solo cuando dice que la acompaña a ciertos lugares, lo que sugiere que este hombre desempeña el papel del acompañante.

4.2.5.2 Rasgos de carácter.

La paciente posee rasgos de carácter fóbico, es decir huidizo, con tendencia a evitar situaciones específicas además muestra mucha ansiedad y angustia. De niña fue muy tímida e inhibida, poco sociable y retraída y muy fácil de manipular. Reservada, con falta de autonomía, muy pasiva, sensible a críticas y nerviosa. Siempre fue muy obediente, la niña buena de la casa, la que se portaba bien, la que hacía todo lo que su madre le pedía. Creo una dependencia hacia su madre y cuando esta murió continuó por esa línea con sus hijos, en especial con la hija, quien ahora es la que normalmente la acompaña a todos lados. El carácter nervioso de Ema se muestra en situaciones en las cuales se le cuestiona y se le pide que dé explicaciones, esto ocurre mayormente en su trabajo cuando es interrogada sobre sus funciones como empleada por su supervisor.

En una ocasión Ema comentó que cuando el gerente la manda llamar piensa que la va a regañar y que teme que la cuestione, dice ponerse muy nerviosa y que esto le sucede seguido con la gente que tiene un cargo superior a ella.

4.2.5.3 Mecanismos de defensa.

- Desplazamiento: Mecanismo común en las fobias. Se muestra claramente en la paciente cuando canaliza su angustia y energía sexual en la fiesta brava. La angustia en la paciente se debe a la ambivalencia de sentimientos hacia la figura de autoridad, que en este caso es la madre. Esta misma angustia Ema la experimenta en su vida diaria cada vez que se encuentra en situaciones donde se encuentran presentes la sangre, la soledad y la muerte también durante las corridas, se simboliza en la tauromaquia, la diferencia está en que dicha ceremonia se lleva a cabo en un lugar y momento específico en el cual ella se siente en control de la situación, de sus temores y sus deseos.

4.2.5.4 Características del superyó.

La paciente posee un superyó rígido, que no le permite pensar en la sexualidad sin sentirse culpable.

4.3 Construcción del caso clínico

El presente apartado tiene como finalidad explicar la subjetividad de la paciente por lo cual se presentan las siguientes categorías:

1. El papel de los padres en el establecimiento de la estructura subjetiva de la paciente.
2. La tauromaquia: escenario ideal como manifestación del miedo y el placer.
3. Mejorías y cambios en la paciente.

4.3.1 El papel de los padres en el establecimiento de la estructura subjetiva de la paciente.

Cuando el sujeto intenta defenderse y reprimir la idea inconciliable y fracasa surge la ansiedad, frente a esta ansiedad se dirigen ahora los nuevos desplazamientos. Como ya habíamos explicado anteriormente la fobia de la paciente deriva de una histeria de angustia, es decir que la angustia en lugar de desplazarse al cuerpo como en el caso de la histeria de conversión se desplaza a otros objetos. En el caso de la histeria de angustia termina anclándose en una representación sustitutiva que debe ser evitada dando paso a las fobias (Spilka, 1973).

La madre de la paciente ocupó el lugar de una madre amenazante, con miedos y preocupaciones que logró transferir a Ema durante su desarrollo. Ema reproduce la fobia familiar, su madre no solo la dota con su deseo sino que también le trasmite su angustia y sus miedos. Las fobias pueden transferirse de madres a hijos, cuando los padres deciden como quieren que sea su hijo estas formas, intereses y gustos modelan la imagen del niño hasta que conforman su identidad (Bleichmar, 2006).

4.3.1.1 La madre fálica.

En una sesión Ema comenta: “mi mamá siempre fue muy gritona, discutía para todo, era muy estricta, acostumbraba a pegarnos, nos daba nalgadas, hasta nos llegó a pegar con el cinturón. A mi hermana le pegaba más porque se portaba muy mal y decía muchas maldiciones, recuerdo que una vez mi mamá le pegaba con el cinturón enfrente de mí y yo me puse muy mal porque le estaba pegando, tanto que me puse a llorar y esto solo sirvió para que mi madre me pegara a mí

también. Me decía: ¿quieres llorar? entonces te daré una razón para que llores, y después me pegaba”.

En otra ocasión la paciente me contaba que su madre siempre fue muy fría y que no era muy cariñosa con ella a pesar de que la obedecía en todo y se portaba bien.

- “Mi mamá nunca nos dejó tener novio, no nos dejaba salir, ni ir a hacer trabajos de la escuela, debíamos irnos directo a la casa siempre. Cuando mi papá se enfermó me decía que podía ponerse peor si yo no obedecía, si se ponía mal mi papá me decía que era por mi culpa, por haber salido con un muchacho y que mi papá no quería que saliera con nadie”.
- “¿Y no pensaba que tal vez era su madre la que no quería que saliera con nadie?”
- “No, yo le creía todo a mi mamá, ella me convencía de que era lo mejor, que lo hacía por mi bien y que mi papá se podía poner mucho peor si yo no obedecía”
- “¿Y qué es lo que piensa ahora?”
- “Que como pude creer todo lo que me decía sin quejarme de nada”.

Los padres pueden transmitir sus miedos a sus hijos, algunos niños les temen a ciertos objetos o situaciones porque los adultos tienen fobias y sus reacciones le indican al niño que dichos elementos son de temer, algunos otros padres inculcan estos miedos a sus hijos intencionalmente a su conveniencia (Bleichmar, 2006).

4.3.1.2 Una madre que transmite sus miedos.

En una sesión Ema dice: “Mi mamá nos limitaba mucho, no nos dejaba comer chatarra nunca, decía que nos irritaba la panza y nos podíamos enfermar. No nos dejaba jugar en el parque porque decía que nos podíamos lastimar jugando, no nos dejaba jugar con otros niños, así que mi hermana y yo jugábamos en la casa solas. Recuerdo una ocasión que íbamos a la parada del camión para ir a la escuela, enfrente había un parque donde jugaban los niños, ese día mientras esperábamos el camión mi papá nos dejó ir un ratito al parque, solo porque le rogamos mucho, no podíamos con la emoción y salimos corriendo a jugar, mi hermana se subió a la resbaladilla y yo la quise imitar pero cuando lo intente me caí y me fracture el brazo. Recuerdo que cuando mi papa le conto se puso a gritarnos a todos, nos regañó, me dijo que por eso no me dejaba jugar, porque podía lastimarme y que la siguiente vez podía ser peor, mi papá nunca nos volvió a dejar jugar”.

Ema me contaba que su madre solía decirles a ella y a su hermana que la calle era peligrosa, que no tenían por qué salir y que estaban más seguras en su casa. Lo que caracteriza al medio fóbico es una sobrepreocupación por la seguridad física y psicológica del niño, ubicándolo en el lugar del que corre peligro, del que debe temer algo. El yo del niño se constituye sobre la base de esa imagen que el padre o la madre contribuyen a crear y que luego definirán como su carácter (Bleichmar, 2006).

4.3.1.3 El deseo de complacer a su madre a toda costa.

Ema siempre fue la niña obediente, la que hacía lo que su mamá le pedía sin quejarse, sin exigir, sin cuestionar. Cuando le pregunté cómo se sentía cuando su madre le decía como hacer las cosas me contesta que nunca había pensado en eso, que jamás se dio el tiempo para pensarlo.

- “Yo hacía las cosas como ella quería porque no quería que se enojara conmigo, yo quería que ella estuviera bien, que estuviera contenta conmigo. Incluso cuando me casé fue mi mamá la que escogió todo lo de mi boda a su gusto, los arreglos de mesa, el salón, todo... lo único que no escogió fue el vestido de boda porque no pudo acompañarme, me hubiera gustado que me hubiera ayudado a escogerlo”.

La paciente siempre buscaba la aceptación de su madre, cada vez que mencionaba a su madre en la terapia decía que siempre trato de ser una buena niña y portarse bien. En una relación del niño con la madre este sabe que si se posiciona en el lugar que se le ha adecuado obtiene como recompensa amor y reconocimiento y es de esta manera como se modela su imagen y se conforma su identidad (Bleichmar, 2006). Respecto de la condición de angustia en el caso de la mujer más que de la ausencia o la pérdida real del objeto se trata de la pérdida de amor de parte del objeto.

4.3.1.4 La dependencia hacia la madre.

En una sesión Ema me contaba que ella siempre fue muy unida a su madre, cuando era niña siempre estaba con ella y hacían todo juntas, era muy dependiente de ella y hacía lo que ella le pedía.

En otra sesión dice: “Yo era muy obediente, mi hermana era la rebelde, tal vez si hubiera sido más como ella no dependería tanto de mis hijos como dependía de mi mamá. De hecho mi hermana dice que yo era muy dependiente de mi mamá”.

- “¿Y usted qué piensa de esto?”
- “Que tiene razón, hacia todo lo que ella me pedía e iba a todos lados con ella, pero es que le tenía miedo y yo era muy chillona, solía llorar por todo cuando era niña”.

Esta dependencia de la paciente hacia la madre se puede ver claramente en pacientes fóbicos durante la fase pre-edípica, cuando el objeto de amor sigue siendo la madre. Durante esta fase el vínculo de la niña con la madre es igual de intenso que en el caso del varón ya que la madre representa el primer objeto de amor, en el caso de la mujer la dependencia hacia el padre no surgirá sin que antes exista esa misma dependencia hacia la madre (Freud, 1931).

4.3.1.5 La identificación con la madre.

En una sesión la paciente dice: “Mi hermana me ha dicho que me parezco a mi mamá. Me lo ha dicho varias veces, pero una vez si lo pensé bien y me di cuenta que tiene razón. Recuerdo que cuando mi esposo se fue yo me quede con mis dos hijos, mi hijo me recordaba tanto a mi esposo y se portaba muy mal en ese tiempo, yo le pegaba mucho, mi hermana decía que sacaba mi coraje con él, así que me dijo que se lo llevaría a su casa unos días en lo que se me pasaba el enojo”.

- “¿Y en que cree parecerse a su madre?”

- “Creo que tengo el carácter parecido a ella, cuando le pegaba a mi hijo me acorde de cuando mi madre nos pegaba a nosotras”.

En una de las últimas sesiones Ema dice:

- “Antes yo recuerdo que quería ser como mi madre, quería hacer las cosas como ella. Ya sé que me parezco a mi madre pero no quiero parecerme a ella, porque a pesar de que la quería mucho era una mujer muy dura con nosotros y yo no quiero ser así con mis hijos”.

Lo anterior muestra claramente que la paciente se identifica con la madre, en algunos aspectos. El niño aprende a controlar la situación que le provoca miedo a través de la identificación con el adulto, de igual manera terminara por identificarse con los miedos de este (Bleichmar, 2006). La identificación se realiza con un rasgo común de la problemática de la otra persona.

4.3.1.6 Un padre sin autoridad.

Ema casi nunca hablaba de su padre, excepto en un par de ocasiones. En una de estas comentó: “Mi papá siempre fue muy noble, nos consentía cuando podía pero siempre a escondidas de mi mamá, nos dejaba comer cosas con chile pero teníamos que comérnoslas antes de llegar a la casa para que mi mamá no se diera cuenta. En una ocasión recuerdo que nos llevó a pasear y nos dejó jugar en el parque, tuvimos que insistirle porque él sabía que mi mamá no nos dejaba. Esa vez me rompí el brazo jugando y mamá se puso muy mal, nos gritó y nos regañó a todos”.

En otra sesión dijo que su padre siempre hacia lo que su madre le pedía, que la obedecía en todo y que siempre fue ella la que ponía las reglas.

Queda claro que el padre de la paciente nunca fue la figura de autoridad, dejo que la madre pusiera las reglas de la casa y aunque en alguna ocasión llego a romperlas al final termino por acatarlas y respetarlas. Incluso acostumbraba a decirles a sus hijas que obedecieran a su madre en todo.

4.3.1.7 Los hombres: todos infieles.

En una sesión Ema me comentó que está separada de su esposo, que él le fue infiel con otra mujer.

- “Acostumbraba a irse de la casa por periodos sin decir nada, no sabía nada de él, después regresaba como si nada, pero la verdad es que yo no le decía nada”.
- “¿Y por qué no lo cuestionaba?”
- “Porque es el padre de mis hijos, además él era muy buen padre, cuidaba a mis hijos y trabajaba, de hecho mientras estuve con él no tuve que trabajar, cuando nos separamos fue que tuve que empezar a buscar trabajo”.

En esa misma sesión comenta que antes de que ella supiera que él tenía otra mujer, su esposo solía pasar tiempo en familia con ella y sus hijos, además mantenía una buena relación con los padres de Ema, principalmente con su madre. La paciente solía ir a casa de sus padres con su esposo y sus hijos los fines de semana, su madre lo apreciaba mucho y él la ayudaba en lo que podía.

En otra sesión Ema dice:

- “Quiero comprar una casa para mis hijos y para mí, pero cuando fui a pedir información me dijeron que si la quería comprar necesitaba la firma de mi esposo también, es que todavía estamos casados, nunca me divorcie”.
- “¿Bueno y por qué no?”
- “Pues es que lo fui a buscar a su casa varias veces para ver lo del divorcio y nunca lo encontré, eso fue hace mucho y después deje pasar el tiempo y ya no se lo pedí”.
- “¿Y qué se lo impide ahora?”
- “Mmm... pues nada, bueno es que la verdad cuando me dijeron que tenía que divorciarme de él para ver lo de la casa, como que me dio sentimiento, no sé, como nostalgia. Recordé cuando vivía con él, como que me llegaron recuerdos a la mente, de cosas buenas y malas de cuando vivía con nosotros. Él era un buen padre, muy trabajador antes de que empezara a tomar y fumar, ya después se iba por meses sin decir nada con su otra familia, es que tenía a otra mujer y un hijo con ella”.

Un día Ema llegó muy angustiada a sesión, se había enterado de que su hijo andaba con una mujer mayor que él que tenía 2 hijos. “Y encima lo negó”, me dice. Cuando lo enfrente, él le dijo que estaba hablando con un amigo, pero ella al haberlos escuchado discutir le dijo que no le mintiera, que estaba hablando con una mujer. Más adelante uno de los compañeros de trabajo de su hijo se lo confirmó. Cuando le pregunte cual era el problema de que su hijo tuviera una novia se justificó diciendo que ella no quería que anduviera con una mujer que tuviera hijos.

- “Es que ya está vivida, no tengo nada en contra de ella pero mi hijo no ha vivido, yo quisiera que se divirtiera”.

- “¿Es esto lo único que le molesta?”
- “Pues es que yo a ella la veo como una intrusa, como que me viene a quitar a mi hijo, me siento como traicionada, como cuando mi esposo se fue”.

La paciente menciona que su hijo le recordaba a su esposo en sus gestos, y que lo veía reflejado en él, que le preocupaba que terminara como su padre, tomando, casándose y metiéndose con otras mujeres. También dijo que temía que a su hija le hicieran lo mismo que a ella, que la engañara un hombre y la dejaran con sus hijos.

4.3.1.8 Algunos hombres nunca están y los que están se van y no regresan.

Ema comenta que su papá casi no pasaba tiempo con ellas, trabajaba todo el tiempo, así que cuando tenía vacaciones su hermana y ella se emocionaban mucho porque podían estar con él. Se la pasaba trabajando, se iba de la casa al trabajo muy temprano, regresaba a comer y después se iba de nuevo para regresar ya muy noche, así que casi no lo veían ni jugaban con él.

En otra sesión comentaba que antes de que su esposo se fuera de la casa acostumbraba a irse por largos periodos y comenzó a involucrarse con otras mujeres.

“Empezó desapareciéndose por días, luego semanas y al final meses, ni siquiera avisaba, solo no venía a la casa”.

En otra sesión Ema me dice:

- “Cuando tenía como 17 años mis amigas tenían novio, yo era la única que no, entonces me cree uno imaginario. Lo malo es que me preguntaban que cuando lo iban a conocer, me insistían mucho en eso y yo siempre les salía con alguna excusa”.
- “¿Y qué era lo que le hacía decir esto?”
- “Pues es que quería ser como ellas, sentirme como ellas, y como todas tenían su novio yo también quería”.
- “¿Y por qué uno imaginario? ¿Por qué no uno real?”
- “Es que mi mamá nunca nos dejó tener novio, casi no nos dejaba salir y menos con un muchacho”.
- “¿Y cómo era este novio imaginario?”
- “Pues era noble, alto, amable, muy detallista y caballeroso”.
- “¿Fue este su primer novio?”
- “Si, ya después me case, cuando tenía 19 años, recuerdo que cuando le dije a mi madre se enojó mucho, no quería que me casara”.
- “¿Y su esposo cómo es?”
- “Mi esposo era muy trabajador, caballeroso, un buen hombre, pero después cambio, dejo de estar en la casa, se iba y ya no le importábamos, yo tenía la esperanza de que regresara pero nunca lo hizo”.

Un día, la paciente llegó muy angustiada a sesión porque su hijo le había dado la noticia de que se iría a vivir con su novia. Ema decía que se sentía como si las dejara a ella y a su hija, como si esta mujer se lo estuviera llevando.

- “Habría que pensar que la decisión no es solo de ella, que él también la ha tomado”.

- “Ya lo sé, pero es que es mi hijo, nosotras le dábamos todo, si quería algo se lo dábamos, mi hija y yo lo cuidábamos y aun así se va”.
- “¿Tiene miedo de que no regrese?”.
- “Si tengo miedo de que no regrese, mi esposo se fue y no regreso, a pesar de que yo le daba todo. No puedo evitar preguntarme porque mi esposo me engaño, si yo pensaba que todo estaba bien entre nosotros”.

Lo anterior muestra claramente que a la paciente le cuesta mucho trabajo confiar en los hombres, su padre estaba ausente incluso en aquellos momentos que pasaba con ella, era como si no estuviera y jamás la defendió de su madre. Tal vez jamás le levanto la mano pero no fue capaz de contradecir a la madre de Ema o de impedir que esta las golpeará. A sus ojos los hombres que han estado en su vida la han decepcionado y traicionado así que le resulta difícil poder mantener una relación de pareja sin tener esa desconfianza.

Durante el tiempo que estuve trabajando con la paciente mantenía una relación con un hombre pero este no vivía con ella. Lo mencionó en un par de ocasiones y solo porque se le pregunto sobre él, aun así no lo llamaba por su nombre y se refería a él como el señor. Esta relación parecía ser más por conveniencia ya que era él quien solía acompañarla a muchos lugares a los que ella no podía ir sola. En realidad el “señor” desempeñaba el papel del acompañante fóbico. El acompañante fóbico es el depositario de partes de yo y de partes de objeto del fóbico, las características pueden variar dependiendo del sujeto fóbico y sus fobias. De alguna manera el sujeto fóbico mantiene un vínculo con su acompañante, el cual funciona como protector y se vuelve depositario de un objeto parcial idealizado con el cual el sujeto enfrenta a otro parcial persecutorio o sea al fobígeno. El objeto parcial comúnmente alude en su fantasía a la madre o al padre edípicos (Spilka, 1973).

4.3.1.9 Una madre fuerte, un padre débil.

Las primeras sesiones la paciente no hablaba sobre sus padres y cuando se le preguntaba sobre ellos cambiaba rápidamente de tema. No fue como hasta la quinta sesión que habló sobre ellos. Para Ema sus padres eran totalmente distintos pero la imagen que tenía de cada uno de ellos estaba bastante definida.

En una sesión Ema dice: “mi madre siempre ha sido una mujer muy estricta, muy dura, de carácter fuerte, las veces que la llegue a ver triste nunca la vi llorar, mi padre en cambio era muy diferente, él siempre ha sido muy tranquilo, débil”.

En otra sesión la paciente dice: “mi mamá era lo contrario a mi papá, era una persona fuerte, si era dura pero mi papá era muy endeble, calmado, jamás lo vi enojado, nunca conocí un golpe de él, siempre hacía lo que mi mamá decía”.

En las primeras sesiones cada vez que la paciente hablaba de su madre se refería a ella como una mujer fuerte y valiente, incluso cuando mencionaba que recibía golpes de ella justificaba su comportamiento diciendo que era porque se había portado mal y que esa era su manera de educarlas, cuando le negaba salir a la calle decía que no le daba permiso porque quería protegerla de los peligros de afuera y que quería solo lo mejor para ella. En cuanto al padre se refería a él como un hombre de carácter débil debido a su tranquilidad y su rol pasivo.

4.3.1.10 La relación de los padres.

En una sesión le pregunte a la paciente que como era la relación de sus padres, a lo cual me contesto: “No pasaban mucho tiempo juntos, casi no los vi discutir, pero cuando lo hacían era

mi madre la que gritaba, el solía quedarse callado sin decir nada. Mi mamá lo regañaba mucho cuando no se hacían las cosas que ella decía”.

Está claro que la madre de Ema siempre fue la figura de autoridad en la casa, el padre casi nunca estaba y cuando estaba era la madre la que mandaba, parecía que para evitarse conflictos el papá de Ema prefería no dar su opinión. Aprovechando que el padre de Ema tenía problemas de salud, acostumbraba a chantajearla diciéndole que si se portaba mal su padre se podía poner peor, de alguna manera sacaba ventaja de la enfermedad de su esposo para lograr que Ema la obedeciera.

4.3.2 La tauromaquia: escenario ideal como manifestación del miedo y placer.

La presente categoría tiene como objetivo explicar como elementos que causan miedo a la paciente pueden estar presentes en un lugar en el cual a la paciente no le causan temor. Primero se toca cada uno de estos elementos por separado y después se describe de qué manera están relacionados con la tauromaquia.

En una histeria de angustia el mecanismo de represión es predominante y se da una separación de la representación y el afecto, en ese primer momento una vez operada la represión la representación es inconsciente y el afecto se halla libre en calidad de angustia, pero en el caso del mecanismo de la fobia sucede un segundo momento donde la angustia se liga con un objeto, se fija, adhiere a algo (Bleichmar, 2006).

4.3.2.1 Miedo a la sangre.

El tema del miedo a la sangre apareció desde la primera sesión y parecía causarle mucha angustia a la paciente, como empleada de una farmacia este miedo en particular le impedía realizar sus funciones como empleada y la limitaba en su trabajo. Cada vez que la llaman para curar a alguien no puede atenderlo, antes no tenía ningún problema pero ahora nada más de pensar que tiene que atender a alguien piensa que está gravemente herido y se imagina mucha sangre.

En otra sesión dice: “Llegando al trabajo me cruce con un muchacho que iba agarrándose la mano, lo primero que pensé fue: se cortó, trae una herida en la mano y por eso se la agarra. Luego luego me imagine la cortada y la sangre, siempre pienso lo peor de la situación”.

- “¿Y qué es lo peor de la situación?”
- “Pues que tenga una herida muy grande en la mano, yo sé que no podría pasar a mayores pero no puedo evitar imaginarme la herida y la sangre”.

Más adelante en esa misma sesión dice: “una vez soñé que yo estaba en una pelea, había mucha gente ahí viendo la pelea y todos animaban a los que peleaban”.

- “¿Qué más recuerda?”
- “No recuerdo mucho sobre el sueño, solo eso y que yo estaba ahí, que había mucha sangre”.
- “¿Y cuál era su rol en el sueño?”
- “Yo estaba de espectadora, solo me quedaba ahí viendo lo que pasaba”.

En otra sesión comentaba que no le gusta ir al seguro social porque le hacen estudios, que ya tiene mucho tiempo sin ir porque sabe que si va le sacaran sangre y que le angustia mucho eso.

Más adelante en esa misma sesión dice “Le dije al doctor que me daba mucho miedo que pasara algo cuando el no estuviera, que llegara algún herido a la farmacia, porque todavía tengo mis miedos aunque estoy tratando de controlarlos.

La mayoría de los autores concuerdan con que el miedo a la sangre esta relacionado con la castración. El temor a la sangre es el fruto de una disposición ansiosa persistente y siempre al acecho, como sucede en la neurosis de angustia. La efusión de sangre manifiesta en lo real esta relación con una cierta falta enmascarada, la fobia supone que eso sangra, es decir una perdida visible. La fobia a la sangre procede de ese desplazamiento. Esto solo confirma que la castración se paga con alguna efusión de sangre. La sangre es la deuda de la herida, el gusto visible de la perdida que no se ve (Assoun, 2002).

4.3.2.2 Miedo a la soledad.

Según menciona la paciente siempre le ha tenido miedo a la soledad. Cuando era niña no le gustaba estar sola, pero en realidad casi nunca lo estaba ya que pasaba casi todo el tiempo con su madre. En la actualidad solo se siente tranquila sola cuando esta en su casa pero tampoco disfruta tanto estos momentos y prefiere estar acompañada.

En una sesión Ema dice “me aterra quedarme sola y pensar que mis hijos se van a ir de la casa, esa es otra cosa en la cual no dejo de pensar. Sé que va a pasar en algún momento porque es normal pero temo que llegue ese día porque yo sé que cuando pase eso me voy a quedar sola”.

- “¿Y qué hay de su pareja?”
- “Es que él no vive conmigo, yo no he querido porque aún no arreglo lo de mi divorcio, quiero arreglar eso antes”.

En otra sesión dice: “en la noche cuando me quedo sola en la casa como que me siento medio nerviosa, incluso un día que mis hijos no estaban tuve que marcarles para saber dónde estaban y si llegarían a casa pronto, es que no me gusta quedarme sola”.

- “Me parece interesante que mencione esto, porque así como lo dice pareciera que no quiere quedarse sola no tanto por miedo, si no por comodidad”.
- “Sí, no es tanto miedo, es que quiero que mis hijos estén ahí conmigo, como que me siento muy dependiente de ellos”.

Algunos autores como Freud relacionan el miedo a la soledad con el miedo al onanismo (Freud, 1926). En el fondo cuando el sujeto teme a la soledad es quiere escapar a la tentación del onanismo solitario, la condición de esa regresión infantil es que se esté distanciado en el tiempo respecto de la infancia. El estar solo significa enfrentarse de manera más o menos aguda con el miedo a uno mismo, quedar a merced de la pulsión, una tentación que horroriza (Assoun, 2002).

La fobia a la soledad se establece después de que en ciertas circunstancias durante la infancia en la soledad se vivencio un primer ataque de angustia, así se proscribe la angustia y reaparece cada vez que no se puede observar la condición protectora. La fobia a la soledad habla

de la angustia del niño que convoca la presencia ausente del otro amado, de aquel que proporciona los cuidados, la angustia mas originaria se engendró a partir de la separación de la madre (Freud, 1926).

La angustia es la reacción frente a la situación de peligro, la manera de que el sujeto se la ahorrees si el yo hace algo para evitar la situación, los síntomas son creados para evitar la situación de peligro que es señalada mediante el desarrollo de la angustia(Freud, 1926).

En “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” Freud explica que la histeria de angustia se sigue desarrollando más como fobia, que la fobia no es solamente la expresión de la histeria de angustia, si no su punto de llegada, para no decir su completamiento (Freud, 1909). La angustia infantil a la soledad se presenta como una reacción frente a la ausencia del objeto y que al igual que esta también la angustia de castración tiene por contenido la separación respecto de un objeto estimado (Freud, 1926).

4.3.2.3 Miedo a la muerte.

En la primera sesión la paciente dice: “cuando falleció una muchacha del trabajo fui a su funeral, pero no pude entrar, no pude ver el cuerpo y además tuve que ir acompañada”.

Otro día llega a sesión angustiada y dice: “me siento muy triste, hace una semana una compañera de trabajo me dijo que falleció un ex compañero que trabajaba con nosotras. La verdad la noticia me puso muy mal, me angustia cada vez que me entero de alguna muerte, me parece algo muy feo”.

En otra sesión me dice: “No sé qué pasó, yo antes no era así, incluso curaba a la gente sin problemas y ahora ni siquiera puedo ver sangre, yo antes no le tenía miedo a la sangre.

- “¿Y a que si le tenía miedo?”
- “Pues siempre le he tenido miedo a la soledad y a la muerte, cuando alguien muere no voy a su funeral porque cuando lo intento no puedo entrar a ver el cuerpo, ni siquiera puedo ir a visitar a gente enferma al hospital. Recuerdo una vez que mi cuñado estaba enfermo en el hospital, mi hermana me dijo que lo fuera a ver pero yo no quise, entonces me espere a que estuviera en su casa para ir a verlo, ya que estuviera estable. Incluso he llegado tener sueños acerca de eso”.
- “¿Acerca de qué?”
- “De la muerte, Una vez soñé que iba rumbo a un velorio y recuerdo que ya iba tarde y apurada y cuando llegaba mi mamá me decía: ándale mijita, te estábamos esperando, solo faltabas tú. Había gente conocida ahí, estaban mis papas, otros familiares y conocidos”.
- “¿Recuerda algo más?”
- “Solo eso, que era un funeral y que no sabía de quien era porque no me acerque al féretro, de hecho no entraba al cuarto, me quedaba afuera”.

En otra sesión Ema dice: “me angustia ir a los funerales, la semana pasada murió un compañero y yo no fui al sepelio y es que ha habido varias muertes en el transcurso de los años”.

- “¿Y cómo se siente usted con esto?”
- “En su momento me siento muy angustiada, cuando recién acaba de pasar me afecta mucho, ahora andaba nerviosa, inquieta pero después de unos días ya no me causa esa angustia”.

En otra sesión dice: “la vez pasada escuché a una señora que gritaba y se acercó a mi diciéndome que su hijo se estaba ahogando, que la ayudara. Me angustie mucho, entonces le pedí ayuda a una de las empleadas y yo me fui al baño, afortunadamente todo salió bien y el niño no se murió”.

En una sesión la paciente mencionó que no le gusta ir a funerales por que la ponen muy triste, recuerda cuando fue al de su madre y seis meses después al de su padre. Dice que fue algo muy difícil de aguantar y que le dolió mucho. Al preguntarle si recordaba alguna muerte de alguien cercano antes de la de sus padres guardo silencio por unos minutos y después comento que alguna vez tuvo un hermano que murió de un problema en el corazón.

- “Recuerdo que mi papá lloro mucho cuando el niño murió porque era el único hijo varón que tenía, estaba muy triste. Recuerdo muy poco del niño, solo algunas cosas y otras que mi mamá me conto. Me acuerdo de ver como llegaba mi papá con juguetes para él”.
- “¿Y usted pasaba tiempo con él?”
- “No recuerdo mucho. Es que no había hablado de esto con nadie, ya ni me acordaba fíjese. De lo que me acuerdo es que mi mamá nos decía a mi hermana y a mí que nos fuéramos a jugar afuera y él siempre estaba adentro, mi mamá no nos dejaba jugar con él porque estaba enfermo”.
- “¿Qué más recuerda?”
- “Mmm... ahorita me estoy acordando que mi mamá me conto hace mucho que la noche que él murió, ella estaba en el baño cambiándose y que cuando volteo lo vio en la puerta del baño y él le dijo que si lo acompañaba a su cuarto, pero mi mamá lo mando a su cuarto y le dijo que en un momento iría con él, cuando fue al cuarto ya no respondía y ya había fallecido. Mi hermana y yo estábamos paradas en la puerta del cuarto de mi hermano

viendo como mi papá estaba llorando y mi mamá gritaba, hasta que él nos vio y nos dijo que nos fuéramos a nuestro cuarto. No recuerdo haber visto a mi madre llorar, mi padre en cambio lloraba todos los días”.

Lo anterior muestra claramente que Ema ha tenido muchas experiencias en las cuales ha estado presente la muerte, desde su hermano menor que ya estaba enfermo y después falleció hasta compañeros del trabajo cercanos a ella. Ema mencionaba que mientras su madre estuvo enferma en el hospital cuidó de ella, sobre todo los últimos meses, pasó casi todo el tiempo con ella a su lado hasta que murió. Cada uno de los miedos que tiene Ema están relacionados, el miedo a estar sola y el miedo a la sangre es el miedo a la muerte, su hermano murió porque estaba solo, es decir que en su mente si ella se queda sola también podría morir.

4.3.2.4 Otros miedos.

Además del miedo a la sangre, soledad y muerte Ema me comentaba que también había otras cosas que le causaban temor y ansiedad. En una sesión dice:

- “Ayer fueron los soldados y les tengo mucho miedo. En eso uno se me acerca y me pregunta por un medicamento, luego luego tuve ganas de irme de la farmacia, tratar de escapar pero esta vez no lo hice porque pensé “tengo que afrontar mis miedos”. Entonces lo atendí aun con miedo, cuando antes ni siquiera podía estar cerca de ellos”.

En esa misma sesión dice: “Ahorita me acorde, el otro día en el trabajo estaba hincada acomodando medicamentos y en eso siento que alguien se para atrás de mí y que volteo y veo su

pistolota desde acá abajo y pensé: ay, son los soldados, yo sólo le conteste lo que me pregunto y luego se fue”.

Emma comentaba que antes de que tuviera miedo de salir sola acostumbraba a ir al mercado con su esposo e hijos pero que ahora ya no le gusta hacerlo y mucho menos si tiene que ir sola, que le da miedo y que no le gusta pasar por ahí porque hay mucha gente y que además una vecina le contó que un día había pasado algo porque había visto muchos soldados ahí. Emma también acostumbraba a ir a otros lugares antes de que comenzara a tener tantos miedos, iba al cine y a las plazas.

- “Ahorita ya no voy porque la última vez no me sentí cómoda entre tanta gente, la última vez que fui al cine recuerdo que las luces estaban apagadas, todo estaba a oscuras y sentí miedo, me sentía intranquila”.

Existe una diferencia entre la soledad-estado y la soledad-esencia o modo de ser. En el caso de aquel que teme a estar entre multitudes no es que no esté con otra gente, está en compañía de mucha gente pero sólo en medio de esa multitud y ese espacio y se siente incompleto en medio de la gente, es eso lo que causa el pánico (Assoun, 2002). Así, el agorafóbico puede andar por la calle si una persona de su confianza lo acompaña como si fuera un niño pequeño (Freud, 1926).

- “¿Hay algún otro lugar en el cual se sienta así?”
- “Recuerdo que una vez fui al festejo de uno de mis sobrinos, donde habría un show, pero yo no sabía de qué era, cuando anunciaron que comenzaría apagaron las luces, yo sentí mucho miedo y angustia y cuando las prendieron vi que era un espectáculo de

luchadores. A mí nunca me han gustado las luchas, para mí son puros tipos peleando y gritando y a mí no me gusta pelear”.

- “¿Y a quién si?”
- “A mi mamá, ella siempre fue gritona, recuerdo que cuando era niña íbamos muy seguido a las luchas porque a ella le gustaban, además siempre se hacía lo que ella quería”.

Las fobias a situaciones aparecen más como caprichos (Freud, 1917), en muchas ocasiones los sujetos fóbicos tienen otras fobias que son del mismo tipo, entre las más usuales están la agorafobia, claustrofobia y el miedo a la soledad (Janet, 1984).

4.3.2.5 El placer y el miedo detrás de la fiesta brava.

En una sesión Ema dice: “a mi gustaba ir a las corridas de toros, a pesar de que no íbamos tan seguido porque mi mamá prefería ir a las luchas, no sé cómo le gustaban, es pura violencia y agresión”.

- “¿Y en las corridas de toros no ve nada de eso?”
- “Pues yo sé que también está violento, y claro que no me gusta cuando matan al pobre toro, pero tiene que pasar para que el torero gane”.
- “¿Y qué es lo que gana?”
- “El premio”.

Cuando le pregunto qué es lo que les gusta de ir a las corridas, me dice: “me gusta ver a los toreros, me gusta ver los trajes que traen puestos, todos coloridos, brillantes y me gusta ver como juegan con el toro porque no sabes que va a pasar, es emocionante”.

A primera vista podemos encontrar contradictorio que la paciente disfrute de dicha afición si ya ha comentado que no le gusta la violencia, pero para Ema en ese caso la violencia está justificada, la muerte del toro tiene que darse para que el torero obtenga el premio, el reconocimiento. Para Ema esta ceremonia es simplemente un pasatiempo, un lugar al cual le gusta acudir a entretenerse.

Una de las razones por las cuales la fiesta brava resulta atractiva para algunas personas es que es una ceremonia llena de colores y simbolismos, el torero se viste con colores llamativos, brillantes que llaman la atención de la audiencia. En las corridas de toros el ambiente está impregnado de sangre, soledad y muerte. El torero se coloca en un lugar donde todos pueden verlo, está en medio de una multitud solo, pero rodeado de gente que lo observa y lo reconoce. El derramar la sangre del toro para al final matarlo resulta una acción justificada ya que es la única manera de obtener la admiración del público y coloca al torero en la posición de un ganador. Bataille explica que tanto el deseo de matar y el tema de la sexualidad están relacionados con la prohibición ya que ambos están prohibidas en determinados casos y situaciones (Bataille, 2007). En las corridas de toros lo prohibido está permitido, es aceptado e incluso reconocido.

En el caso del sujeto fóbico el estar entre la multitud provoca que se sienta solo entre todos, perdido entre todos, durante la crisis el sujeto se encuentra ahogado en la multitud y totalmente solitario, por eso huye para buscar un lugar donde pueda encontrarse solo, en manera de re-encontrarse (Assoun, 2002). El yo no se conforma con una renuncia; hace algo más para quitar a la situación su carácter peligroso. Este agregado suele ser una regresión temporal a los años de la infancia (en el caso extremo hasta el seno materno, hasta épocas en que uno estaba

protegido de los peligros que hoy amenazan) y emerge como la condición bajo la cual se puede omitir la renuncia.

La fiesta brava también representa el espacio ideal en el cual Ema puede sublimar elementos como la angustia y el placer, por eso esta ceremonia resulta tan erótica para el sujeto, porque existe una ambivalencia de sentimientos. Como sabemos toda fobia consiste en una angustia acompañada de excitación sexual, el fóbico proyecta su conflicto al exterior buscando un objeto peligroso y temido al mismo tiempo, lo suficientemente excitante como para cumplir con las alternativas de sus deseos, ansiedades y defensas (Spilka, 1973).

Según Freud el conflicto de ambivalencia del sujeto no queda nunca resuelto en una sola y misma persona, sino más bien esquivado por medio de un rodeo, consiste en desplazar uno de los dos impulsos que lo integran sobre una persona distinta como objeto sustitutivo (Freud, 1926).

El acudir a las corridas de toros funciona como una actitud contrafóbica. La diferencia de estar frente a elementos como la sangre, soledad y muerte en la vida cotidiana y el de enfrentarlos en las corridas de toros radica en que en este caso el sujeto elige colocarse en ese escenario, porque tiene la idea de que puede controlar la situación, en cambio fuera de ese contexto estos elementos se presentan de manera inesperada. Según Fenichel, en la actitud contrafóbica el sujeto busca situaciones anteriormente temidas y esto le causa una satisfacción, pero cuando surge la misma situación de manera imprevista y sin actividad del sujeto, aparece de nuevo el antiguo temor.

“El sujeto contrafóbico disfruta del placer mientras cree que se encuentra protegido por algo o alguien, esta protección puede ser real o mágica, si no se sintiera protegido también se le temería al objeto contrafóbico” (Fenichel, 1984).

La protección que busca el sujeto funciona como una manera de objetar la convicción inconsciente en la naturaleza violenta del acto a ejecutar, si él mismo permite el acto, este no puede hacerle daño, el sujeto busca esas situaciones controladas porque se siente protegido por algo o alguien, ya sea real o imaginario.

4.3.3 Mejorías y cambios

La paciente tuvo algunos problemas de horario durante el transcurso de la terapia, además no podía acudir sola por lo que si no encontraba a alguien que la acompañara no iba a la sesión. A pesar de ciertos impedimentos, se logró realizar algunos cambios. Las últimas sesiones dijo sentirse más tranquila, menos nerviosa en la calle y en su trabajo.

- “Antes cuando veía soldados salía corriendo y le pedía a las otras empleadas que los atendieran, ahora ya los atiendo yo”.
- También comentaba que pudo asistir al funeral de su tía e incluso entró a ver el cuerpo, dice que se sintió muy triste pero al mismo tiempo tranquila de que al menos ya estaba descansando en paz.

Otro de los cambios en su comportamiento es que comenzó a caminar ella sola, aún no podía ir sola a lugares lejos de su casa, pero ya no tenía problemas acudiendo a lugares que le quedaban cerca. También comenzó a irse en camión a su trabajo en lugar de tomar taxis, lo cual resulto algo positivo ya que su economía mejoro.

La paciente también logró desenvolverse más dentro de la terapia, hablar sobre su madre, tema que casi no tocaba al inicio de la terapia. Y al final hubo una transición de una madre

valiente a una madre manipuladora y agresiva. Al inicio de la terapia la paciente solía justificar el comportamiento de su madre, cada vez que se le hacía un comentario no positivo acerca de ella: “Por lo que me cuenta su madre era muy agresiva”.

- “Es que quería educarnos bien y pensaba que así íbamos a aprender a salir adelante”.

En otra ocasión se le dijo: “Por lo que me ha dicho, su madre no estaba dispuesta a dejarla ir y buscaba mantenerla a su lado a toda costa”.

- “Es que yo creo que mi mamá era así porque ya había estado casada antes y en ese entonces trabajaba por lo que no podía prestarle toda la atención a sus hijos, cuando se casó con mi papá dejó de trabajar, entonces se dedicó a cuidarnos a nosotras, era una mujer muy fuerte, quería sacarnos adelante”.

En las últimas sesiones que se tuvo con la paciente, ella fue capaz de aceptar que los métodos que su madre utilizaba para educarlas no eran del todo adecuados y que además los utilizaba para poder manipularlas.

- “Mi madre nos golpeó mucho, con cualquier cosa que encontraba, incluso con cinturón, yo me portaba bien, pero cuando mi hermana se portaba mal también a mí me pegaba, no tenía porque si yo no había hecho nada”.

En otra sesión dice: “Mi madre solía decirme que si mi papá enfermaba era por mi culpa, porque me portaba mal, yo siempre le creí todo lo que me decía”.

- “¿Y ahora qué piensa?”
- “Que no debí hacerlo, que cómo pude creer que era mi culpa”.

En otra sesión Ema comentaba que su hermana era muy rebelde y que no le importaba que su madre le pegara, que siempre le contestaba. La paciente mencionaba que antes pensaba que su hermana estaba mal por no obedecer a su madre en todo, pero que ahora piensa que debió ser más como su hermana, que ella era fuerte y salió adelante ella sola. Que tal vez ahora no dependería tanto de sus hijos como dependía de su madre.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Al inicio de la terapia la paciente mostraba grandes resistencias, evitaba hablar sobre la relación con su madre, le costaba trabajo hablar sobre su infancia y cuando se le preguntaba sobre su familia respondía cortante o cambiaba rápidamente de tema.

Por otro lado, hablaba sin ninguna dificultad sobre sus malestares, fobias y situaciones actuales, aunque esto resultaba información útil también era claro que funcionaba como un mecanismo de defensa para evadir temas personales como la relación con su familia. Conforme fue avanzando la terapia la paciente fue desenvolviéndose y comenzó a profundizar en temas que le resultaban difíciles de trabajar, fue capaz de recordar cosas sobre ella de cuando era niña, sobre el vínculo con su madre e incluso recuerdos que tenía reprimidos.

Debido a que le temía a la soledad, siempre iba acompañada de alguien a la terapia, si no era uno de sus hijos, era su pareja. Esto siempre resulto una limitante ya que si no encontraba a alguien de confianza que fuera con ella llamaba para cancelar la sesión, además tenía un trabajo

que le exigía mucho tiempo y sus horarios laborales se los cambiaban constantemente, el tratamiento duró aproximadamente 8 meses, tiempo durante el cual se pudo trabajar en algunos aspectos importantes.

Uno de los principales objetivos que se buscaba desde el inicio era que la paciente fuera capaz de hablar sobre su infancia, en especial sobre la relación con su madre, que desde el principio parecía provocar en ella una mezcla de emociones desde tristeza hasta resentimiento. Este objetivo no fue fácil de conseguir pero después de un determinado tiempo la paciente se permitió hablar sobre sus emociones sin importarles que fueran tristes y angustiantes.

Durante toda su infancia Ema fue la niña buena de la casa, la hija obediente. Siempre fue muy dependiente de su madre, pasaba casi todo el tiempo con ella, la obedecía en todo y nunca se portaba mal, no hacía nada sin su permiso y necesitaba su opinión para todo. Su madre, la figura de autoridad en la casa tenía una manera muy particular de manejarla, mostraba preocupación hacia ella diciéndole que todo lo que hacía era por su bien, la chantajeaba y le mentía para controlar su comportamiento.

A consecuencia de esto Ema creció con la idea de que cualquier cosa con la cual su madre no estuviera de acuerdo estaba mal y debido a que su padre tenía algunos problemas de salud su madre la chantajeaba con la idea de que cada vez que se portara mal su padre podría enfermar e incluso morir. Parecía que todo aquello que era prohibido o provocaba placer podía llevar a la enfermedad o a la muerte de Ema o de sus seres queridos, por lo tanto la paciente optaba por tener un buen comportamiento.

Al inicio de la terapia el concepto que tenía la paciente sobre su madre era el de una mujer fuerte, digna de admiración por lo tanto siempre justificaba su comportamiento diciendo

que su madre siempre buscaba lo mejor para ella, pero conforme fue avanzando la terapia Ema fue dándose cuenta que su madre era muy dura con ella y que en muchas ocasiones abusaba de su autoridad y se aprovechaba de su vulnerabilidad. Tantas preocupaciones y prohibiciones durante la infancia habían conseguido que en la actualidad a Ema se le dificultara enfrentarse a situaciones como la infidelidad de su esposo, la separación de su matrimonio, la soledad y muerte de personas cercanas a ella. Se visualizaba como una persona débil e incapaz de solucionar problemas por ella misma y de ser una mujer independiente.

Ema no se permitía expresarse mal sobre su madre, no se permitía enojarse con ella o reprocharle nada, mostraba claramente una ambivalencia de sentimientos, la cual es una característica muy común en los pacientes con rasgos fóbicos. Durante la fase pre-edípica se presenta con la madre un vínculo de amor-odio, y esta misma ambivalencia de sentimientos se puede ver en las fobias las cuales causan miedo y placer a la vez, situaciones que el sujeto busca y evita al mismo tiempo.

Ema creció con una afición a las corridas de toros, pasatiempo que disfrutaba desde que era niña y que continuo hasta la actualidad, sin estar consciente de ello cada uno de sus miedos y deseos estaban representados en esa ceremonia. Para la paciente elementos como la sangre, muerte y soledad parecen atemorizantes en la vida cotidiana ya que se pueden presentar por separado y en circunstancias en las cuales no se pueden anticipar ni controlar, sin embargo cuando se presentan todos juntos en un mismo lugar y bajo condiciones específicas, la paciente siente que tiene el control de la situación ya que es ella quien decide si se enfrenta a ellos o no.

Esta afición a las corridas de toros se podría explicar como una especie de sublimación o como una actitud contrafóbica para defenderse de sus ansiedades, un sitio donde puede depositar sus miedos y deseos en un mismo lugar como una manera de ejercer el control de sus fobias.

A pesar del corto tiempo del tratamiento, podemos concluir que se presentaron algunos avances con la paciente, se podría considerar que uno de los más importantes fue la transición que se hizo de la imagen que tenía sobre su propia madre, otro de los cambios significativos fue que la paciente pudo ejercer algo de control sobre su vida, ya que de no poder ir a ningún lugar sola pudo comenzar a moverse un poco más sin que nadie la acompañara, así mismo pudo enfrentar el temor que tenía hacia los soldados.

Por último, cabe mencionar que además de que este caso fue el primero de mi práctica terapéutica también fue uno de los más interesantes desde el inicio y me presentó la posibilidad de investigar, de indagar más sobre la estructura fóbica y tener más clara la diferencia entre el cuadro histérico y fóbico. A lo largo de la maestría he podido ampliar mis conocimientos teóricos pero además me ha permitido desarrollarme como terapeuta ya que gracias al aspecto práctico siento que ahora tengo más experiencia. He aprendido que una de las cosas más importantes como analista es escuchar el discurso del paciente, que no hay que apresurarse a realizar un diagnóstico, que la teoría no es nada por sí misma y que cada caso es distinto sin importar que la estructura sea la misma.

REFERENCIAS

Aranda, B., Ochoa, F., Aguado, I. y Palomino, L. (1999, febrero). La función paterna en la Clínica Psicoanalítica. En *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 2(1), Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/funcionpaterna.html>

Assoun, P. (2002). *Lecciones psicoanalíticas sobre las fobias*. Buenos aires: Nueva Visión.

Assoun, P. (2006). *Lecciones psicoanalíticas sobre masculino y femenino*. Buenos aires: Nueva Visión.

Bataille, G. (2007). *El erotismo*. Barcelona: Tusquets.

Bleichmar, E. (2006). *Temores y fobias: condiciones de génesis en la infancia*. Barcelona: Gedisa.

Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). *El campo de la investigación cualitativa*. México: Gedisa.

Etchegoyen, H. (1993). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos aires, Argentina: Amorrortu.

Fenichel, O. (1984). La actitud contrafóbica. En Sauri, J(2nda. Ed.), *Las fobias* (pp. 141-153). Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. Obras completas. Tomo III (pp. 41-58). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1895 [1894]). *Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología*. Obras completas. Tomo III (pp. 69-80). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1904 [1903]). *El método psicoanalítico de Freud*. Obras completas. Tomo VII (pp. 233-242). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905 [1901]). *Fragmento de análisis de un caso de histeria, tres ensayos de teoría sexual, y otras obras*. Obras completas. Tomo VII. (pp. 109-220). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1907). *Acciones obsesivas y prácticas religiosas*. Obras completas. Tomo IX (pp. 97-110). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años, y a propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras completas. Tomo X. (pp. 1-190). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913 [1914-1913]). *Tótem y tabú, y otras obras*. Obras completas. Tomo XIII. (pp. 1-155). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Obras completas. Tomo XIV (pp. 153-162). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917 [1916-1917]). *25 Conferencia. La angustia*. Obras completas. Tomo XVI (pp. 357-372). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de edipo*. Obras completas. Tomo XIX (pp. 177-187). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas. Tomo XIX (pp. 259-276). Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas. Tomo XX (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. Obras completas. Tomo XXI (pp. 223-245). Buenos aires: Amorrortu.

Graña, J.L., Cruzado, J.A., Andreu, J.M., Muñoz-Rivas, M.J., Peña, M.E & Brain, P.F. (2004). Effects of viewing videos of bullfights on spanish children. *Aggressive behavior*. Vol. 30(1), 16-28.

Green, A. (2006). *El complejo de castración*. Buenos aires: Paidós.

Janet, P. (1984). Las fobias de las acciones en los psicasténicos. En Sauri, J (2nda. Ed.), *Las fobias* (pp. 47-51). Buenos Aires: Nueva Visión.

Lacan J. (1970). *Las formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós.

Merriam, S. (1998). *Qualitative Research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Mitchell, J. (1975). *Psicoanálisis y feminismo: Freud, Reich, Laing, y las mujeres*. Barcelona: Anagrama.
- Mom, J. (1984). Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas. En Sauri, J (2nda. Ed.), *Las fobias* (pp. 154-220). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ornelas, C. (2010, abril 13). El caso Hans desde Freud y Lacan. *Carta psicoanalítica*, 8, Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article121>
- Paniagua, C. (2008). Psicología de la afición taurina. *Arsmedica. Revista de humanidades*, vol. 7(2), 140-157.
- Perrier, F. (1984). Fobias e histeria de angustia. En Sauri, J (2nda. Ed.), *Las fobias* (pp. 222-254). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ruiz, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.
- Spilka, J. (1973). *Bases para una psicopatología psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Kargieman.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
- Yin, R. (1994). *Case study research: design and methods*. London: Sagepublications.