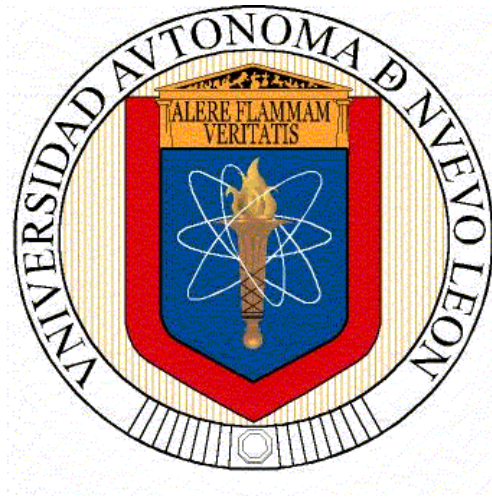


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**LA POSICIÓN DEL TERCERO EXCLUIDO EN LAS RELACIONES
DE PAREJA. UN CASO DE NEUROSIS HISTÉRICA**

PRESENTA:

CYNTHIA YAZMÍN RODRÍGUEZ ROCHA

**CON OPCIÓN A TÍTULO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

DICIEMBRE 2014

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



**LA POSICIÓN DEL TERCERO EXCLUIDO EN LAS RELACIONES
DE PAREJA. UN CASO DE NEUROSIS HISTÉRICA**

PRESENTA:

CYNTHIA YAZMÍN RODRÍGUEZ ROCHA

**CON OPCIÓN A TÍTULO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

SINODALES:

**MTRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VILLARREAL
DR. MANUEL GUADALUPE MUÑIZ GARCIA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

DICIEMBRE 2014

AGRADECIMIENTOS

Para poder culminar este gran logro en mi vida, quiero agradecer infinitamente a las personas que siempre han estado conmigo...

A mis padres por siempre creer en mí...

A mi esposo por apoyarme en todo momento de nuestro transitar por la vida y mi formación.

A mi hermano siempre dispuesto

A mi analista por acompañarme siempre

A mi amiga y confidente de maestría Ariane, por hacer toda esta etapa más significativa en mi vida.

A mis maestros, Graciela Navarro, Lety Ancer, Felipe Flores, Alejandro Moreno, Nancy Garza, Angélica Limón, por transmitirme esa pasión por el psicoanálisis.

A mis sinodales, Manuel Muñiz, Carmen Hernández, por su disposición y paciencia.

A mi director de tesis y maestro, Guillermo Vanegas, por impulsarme y confiar en mí.

A mis pacientes por su confianza.

GRACIAS!!

INDICE

Agradecimientos.....	2
CAPITULO 1. ATEPROYECTO DEL REPORTE.....	5
Resumen.....	6
1. Introducción.....	7
1.1 Antecedentes.....	10
1.2 Objetivo General.....	14
1.3 Objetivos Específicos.....	14
1.4 Supuestos.....	14
1.5 Limitaciones Y Delimitaciones.....	15
1.6 Justificación.....	17
CAPITULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	18
Fundamentación Teórica.....	19
CAPITULO 3. METODOLOGIA.....	39
3.1 Método y diseño.....	40
3.2 Instrumento.....	49
3.3 Muestra.....	50
3.4 Procedimiento.....	50
3.5 Técnica.....	51
CAPITULO 4. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.....	54
4.1 Historial clínico.....	55
4.1.1 Resumen general de caso clínico.....	55
4.1.2 Motivo de Consulta.....	66
4.1.3 Demanda de análisis.....	66
4.1.4 Sintomatología Actual.....	67
4.1.5 Impresión Diagnóstica.....	67

4.2 Estructura subjetiva.....	69
4.2.1 Contexto familiar.....	69
4.2.2 Estructura Edípica.....	72
4.2.3 Eventos Traumáticos.....	74
4.3 Construcción del caso clínico	76
4.3.1 Relaciones Edípicas.....	76
4.3.1.1. Relación con el Padre.....	78
4.3.1.2. Relación con la Madre.....	81
4.3.1.3. Relaciones en la Familia.....	82
4.3.1.4. Relación con las posibles parejas.....	83
4.3.2 Tercero Excluido.....	86
4.3.2.1. La histérica como tercero excluido.....	88
4.3.2.2. Las otras que excluyen.....	91
4.3.3. Transferencia.....	93
4.3.3.1 La identificación con la analista.....	95
CAPITULO 5. CONCLUSIONES.....	99
Conclusiones.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	102

CAPITULO 1
ANTEPROYECTO DEL REPORTE

RESUMEN

Por medio de este estudio de caso, se pretenderá a través del psicoanálisis, abordar la posición del tercero excluido en la triangulación edípica en una neurosis histérica, tomando en cuenta diversos aspectos indispensables como el origen de la histeria, el complejo de Edipo y el manejo de la transferencia.

Se trabajaran tres categorías, mediante las cuales se sustentará el supuesto de que lo que determina el acceso a las relaciones de pareja en la histeria femenina, son las relaciones triangulares y que la insatisfacción psíquica, favorece las relaciones im-posibles en la estructura histeria.

Las categorías con las que se va sustentar el supuesto, tiene que ver con las relaciones edipicas, el tercero excluido, y la transferencia.

Se reseñarán las intervenciones clínicas a través de las categorías narrativas con el objetivo de ofrecer al lector un panorama general del discurso de la paciente donde se muestra dicha estructura, y esa imposibilidad por acceder a una relación de pareja quedando siempre insatisfecha

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la clínica psicoanalítica nos es de suma importancia conocer y reconocer la estructura subjetiva del paciente y la influencia que ella tiene en la problemática actual, no con la finalidad de etiquetar, sino de orientarnos en el trabajo mismo.

Nos encontramos ante la presentación de un estudio de caso que nos permite dar cuenta del trabajo clínico realizado con una paciente de estructura histérica, imposibilitada a comenzar una relación de pareja debido a que las personas que le atraen son de alguna manera imposibles ya que tienen algún compromiso, siendo eso no significativo para ella y si no lo hay en lo real se cuestiona que pasaría con ella si llegara alguien, quedando siempre excluida preguntándose por que siempre le pasa lo mismo.

Analizaremos como fue el proceso desde el motivo de consulta manifiesto, que tiene que ver con las dificultades de relacionarse tanto con sus amigos, como con las posibles parejas, sus relaciones Edípicas, el tercero excluido y la transferencia, abordando la identificación con el analista, partiendo de la pregunta de la paciente de cómo es ser mujer?.

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

El primer capítulo, habla del planeamiento de la investigación por medio del cual, conoceremos los antecedentes de la estructura histórica, los objetivos propuestos, las limitaciones y delimitaciones del caso y los supuestos teóricos que lo sustentan.

El segundo capítulo, proporciona el marco teórico, mediante el cual se sustenta la propuesta de análisis del estudio de caso referente a la estructura subjetiva, el complejo de Edipo, la triangulación e identificación histórica.

El tercer capítulo refiere los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación utilizada, el método y diseño de estudio, los instrumentos, las constantes técnicas de la investigación, las herramientas activas y las variables instrumentales manejadas.

El cuarto capítulo, contiene el estudio de caso y está dividido en tres partes:

1. El Historial Clínico: En donde se presentan los datos de la paciente, un resumen general del caso, tratamiento, motivo de consulta, demanda de análisis, sintomatología actual y por último la impresión diagnóstica.

2. La Estructura Subjetiva: Esta integrada por el contexto familiar en el que se desarrolla la paciente, la estructura Edípica, los eventos traumáticos y el perfil subjetivo, indispensables para el planteamiento de los objetivos y supuestos que sustentan este estudio de caso.
3. Construcción de Caso Clínico: En el que por medio de tres categorías, con sus respectivas sub-categorías, nos permiten fundamentar y articular los conceptos teóricos con la intervención clínica, mediante los fragmentos de las viñetas del discurso del paciente.

El quinto capítulo se expresan las conclusiones por medio de las cuales, podemos ver un panorama general del desarrollo del caso y los efectos de intervención.

La revisión de este caso, puede ser útil en el análisis de pacientes con estructura histérica ya que aun que a través del psicoanálisis trabajamos con la singularidad del paciente, se pueden encontrar coincidencias que pueden servir como punto de anclaje para futuras investigaciones.

1.1 ANTECEDENTES

A través de este texto vamos a trabajar la neurosis histérica mencionando aspectos importantes para comprender dicha estructura.

La palabra histeria deriva del griego *hystera* (matriz, útero); se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos, en la cual los conflictos psíquicos inconscientes se expresan de manera teatral y en forma de simbolizaciones, a través de síntomas corporales (ataques epilépticos) o duraderos (ceguera). (Roudinesco y Plon, 1998).

Según Laplanche y Pointalis (1967) la noción de enfermedad histérica es muy antigua, puesto que se remonta a Hipócrates, su delimitación ha seguido la historia de la medicina siendo considerada una enfermedad orgánica, para después durante la Edad Media una mujer histérica pasara a ser vista como una bruja ya que los ataques epilépticos y las convulsiones se consideraban producto del placer sexual convirtiéndose en pecado.

A finales del siglo XIX, por la influencia de Charcot (1825-1893), pasó a primer plano el problema planteado por la histeria, al pensamiento médico y al método anatomoclínico imperante, buscando la solución de dos direcciones, por una parte atribuir los síntomas histéricos a la sugestión ante la ausencia de toda lesión

orgánica y por otra parte conceder a la histeria la denominación enfermedad como las otras definida por sus síntomas.

Freud (1856-1939), al igual que Charcot, considera a la histeria como una enfermedad psíquica bien definida, que exige una etiología específica. Por otra parte intentando establecer el mecanismo psíquico se adhiere a toda una corriente que considera la histeria como una enfermedad por representación.

Freud terminó por afirmar que lo que se conocía como *histeria femenina* era provocado por un hecho traumático que había sido reprimido en el inconsciente, pero seguía aflorando en forma de ataques que carecían de explicación. Fue el principio de lo que hoy conocemos como psicoanálisis.

Plantea dos tipos de histeria, la *histeria de angustia* que se manifiesta a través de la fobia y la *histeria de conversión*, que se manifiesta a través del cuerpo y las manifestaciones sexuales reprimidas.

Los psicoanalistas después de Freud, no han dejado de considerar la *neurosis obsesiva* y la *neurosis histérica* como las dos vertientes principales del campo de la neurosis, lo cual no implica que como estructuras puedan combinarse en un cuadro clínico.

Para Lucien Israel (1974), la histeria contribuye a la liberación y a la consolidación del rechazo. La histeria se nos presenta siempre bajo dos aspectos: el que devela y el que oculta, el que nos lleva a descubrir y el que nos lleva a ocultarnos a nosotros mismos.

“La histérica no desea a quien la quiere, sino que en general desea a otro, a alguien inaccesible: “estoy casada y quiero mucho a mi marido, pero en realidad yo sabía desde el principio que él no era el hombre ideal” Lucien Israel (1974). La histérica expresa su deseo en términos de insatisfacción, porque expresar que un deseo permanece insatisfecho es la mejor manera con todo, de probar que ese deseo existe”

J.D. Nasio, (1990) propone que la histeria tiene “dos rostros”, uno que se puede determinar a partir de síntomas observables, es decir un ángulo descriptivo en el que ésta se conforma como una entidad clínica caracterizada por la aparición de síntomas somáticos, producidos en ausencia de daño orgánico y que se pueden exteriorizar. Los más clásicos son síntomas somáticos como las perturbaciones de la motricidad (contracturas musculares, dificultades en la marcha, parálisis facial), los trastornos de la sensibilidad (dolores locales, jaquecas, anestias e una región limitada del cuerpo), y los trastornos sensoriales (ceguera, sordera, agonía), no resultantes de ninguna causa orgánica.

Para Nasio, dentro del origen de la histeria, el deseo conduce al goce, el goce suscita el fantasma, el fantasma contiene la angustia y la angustia por último, se transforma en sufrimiento.

Este estudio de caso está realizado por motivos personales y profesionales debido a que siento una profunda curiosidad por analizar y comprender aspectos de la neurosis histérica que se han presentado en diversos casos de mi práctica clínica, con el fin de entender aspectos técnicos que se fueron trabajando y que este análisis me lleve a culminar profesionalmente una meta mas en mi vida.

1.2 OBJETIVO GENERAL

- Analizar el lugar del tercero en la triangulación edípica, en un caso de histeria femenina.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las relaciones edípicas en un caso de histeria femenina
- Analizar la insatisfacción a partir del posicionamiento como tercero excluido, en las dificultades para establecer relaciones de pareja en un caso de histeria femenina.
- Analizar la identificación con el analista en las vicisitudes transferenciales.

1.4 SUPUESTOS

- Las relaciones triangulares determinan el acceso a las relaciones de pareja en la histeria femenina.
- La insatisfacción psíquica favorece las relaciones im-posibles en la estructura histérica.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El presente estudio de caso comienza a partir del trabajo psicoterapéutico realizado con una paciente que tiene una estructura histórica, que asiste a terapia, por tener conflictos en sus relaciones interpersonales, con amigos, parejas, etc. El análisis del caso, nos va a permitir determinar la manera en cómo se vincula y como fue llevado el tratamiento a través de las sesiones.

La paciente fue atendida en la Unidad de Servicios Psicológicos (USP), de la facultad de Psicología. Dentro la institución se realiza un procedimiento de atención, el primer contacto que tuvo la paciente fue en el departamento de pre-consulta por medio del cual, se registra el motivo de consulta y entra en una lista de espera, en el caso de la paciente, menciona que ya era la segunda vez que realizaba la pre-consulta, porque hace 1 año, nunca le hablaron, en esta ocasión la espera fue de 1 mes, posteriormente se le asignó un terapeuta con el cual se llevaron a cabo las entrevistas iniciales y el tratamiento dentro de un encuadre. Un aspecto de la técnica que queda fuera del analista es el pago que se asigna a los pacientes, sin embargo, durante la primera entrevista se hizo un acuerdo entre paciente y terapeuta posteriormente revisado por el departamento de trabajo social, quien la considera adecuada. El pago no se realiza directamente con el analista sino a la institución.

Las sesiones se establecieron una vez por semana, debido a que la paciente estudiaba y a la vez trabajaba, dificultándose el tiempo para poder asistir dos veces a la semana. El total de meses de tratamiento fueron 24 meses.

La intervención terapéutica proporcionó a la paciente un espacio para la escucha de su sufrimiento, el acompañamiento en esa imposibilidad en sus relaciones interpersonales, descubriendo aspectos importantes de su subjetividad, como la identificación con la figura paterna y la repetición de escenas que determinaban la imposibilidad de vincularse.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual trabajaré el tema de la Neurosis Histórica enfocándome en las relaciones triangulares, es porque me parece una problemática muy común en las mujeres, que se quejan por esa incapacidad de acceder al amor mediante una relación de pareja, poniendo la responsabilidad en el otro, sin llegar a preguntarse qué es lo que pasa con ellas mismas, cosa que se logra dentro de un análisis psicoanalítico.

El poder ofrecer espacios con alternativas terapéuticas a pacientes que sufren de una neurosis histérica, en este caso con esa imposibilidad de concretar una relación de pareja, a través del análisis les permite revivir aspectos que quedaron aparentemente en estado de latencia y que se encuentran vinculados con la forma en que vivió el Complejo de Edipo a modo de repetición, con el fin de escucharse y moverse de lugar.

La aportación personal que me deja escribir este estudio de caso psicoanalítico, es poder analizar el trabajo clínico realizado con la finalidad de entender en este caso particular, aspectos de la neurosis histérica, haciendo un balance de la técnica, tomando en cuenta la escucha por parte del analista y movimientos de lugar vistos durante el proceso en la paciente.

CAPÍTULO 2
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA HISTERIA

La Histeria ha sido uno de los temas fundamentales del Psicoanálisis, no sólo como fenómeno de estudio sino como parte medular de la creación de la técnica psicoanalítica.

Según Roudinesco y Plon (1998) para los antiguos, sobre todo Hipócrates, la histeria era exclusivamente femenina, ya que era considerada una enfermedad orgánica de origen uterino. En la Edad Media, bajo la influencia de los agustinianos, se renunció al enfoque médico y la palabra dejó de utilizarse, convirtiéndose la mujer histérica en bruja, ya que las convulsiones y los ataques epilépticos, pasaron a ser producto de placer sexual, convirtiéndose en pecado. Durante el Renacimiento los médicos y teólogos se disputaron el tema del cuerpo de las mujeres. La iglesia católica y la Inquisición realizaron un manual por medio del cual se detectaba brujería y se mandaban a la hoguera a las personas representantes de tal actividad, principalmente mujeres.

A mediados del siglo XVIII, Franz Anton Mesmer (1734-1815) logró el pasaje de una concepción demoniaca de la histeria y por lo tanto de la locura a una concepción científica, a través de sus curas magnéticas, lo que permitió sustraer a la histeria de la religión para convertirla en una enfermedad de los nervios. En 1840, se desalentaron los estudios sobre el magnetismo y en Inglaterra en 1843, el médico James Braid (1795- 1860) creó la palabra *hipnotismo*, demostrando la inutilidad de una intervención de tipo magnético. Al vincular el hipnotismo con la

neurosis, Charcot (1825-1893), le dio dignidad a la histeria, ya que pasó a ser una enfermedad funcional durante algún tiempo de hombres y mujeres. Él no utilizaba la hipnosis para curar los enfermos, sino para demostrar sus hipótesis. Hipnotizaba a las locas de la Salpêtrière provocando el síntoma y lo suprimía para demostrar el carácter neurótico de la enfermedad.

Entre 1888 y 1893 Freud, planteó un nuevo concepto de la histeria: la histeria sería el fruto de un abuso sexual realmente vivido por el sujeto en la infancia.

En un primer momento hasta 1897, adoptó la teoría del origen traumático (seducción real), en un segundo momento renunció a ella y desarrolló la concepción del fantasma arrancando la idea de la libido a la sexología.

En los estudios sobre la histeria, (Breuer J, Freud S. 1893- 1895) presenta nuevos conceptos de la captación del *inconsciente*, la *represión*, la *defensa*, la *abreacción*, la *resistencia* y *conversión*, por medio del cual explicaba como la energía libidinal se transformaba en una inervación somática con significación simbólica.

Freud y Breuer (1893), consideraron que los síntomas idiopáticos o espontáneos, poseen con el trauma una conexión estrecha y que la causa de los fenómenos patógenos con frecuencia está en sucesos de la infancia. Cuando lograban despertar con plena luminosidad y detalle aquel primer recuerdo y este era

acompañado del afecto correspondiente, los síntomas histéricos desaparecían y sin retornar; es aquí donde Freud afirma que al cesar la causa cesa el afecto y que los histéricos sufren de reminiscencias.

Conforme trabajaban con los recuerdos del paciente, se dieron cuenta de que algunos recuerdos no sufrían de desgaste habitual y quedaban en el olvido, planteaban que “las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo por que les es denegado el desgaste normal por abreacción, y por reproducción en estados de asociación desinhibida” (Freud y Breuer, 1893). En algunos casos, la conexión se podía ver más fácilmente como el suceso causal que ha dado origen al fenómeno o síntoma de que se trata y no a otro distinto. Sin embargo no en todos los casos se encontraba clara la conexión entre el síntoma y su causa. Mencionaré 3 ejemplos descritos por Freud y Breuer (1893).

CASO ANA O: Durante el tratamiento, manifestó diversos síntomas. En 1880, su padre, a quien ella amaba con pasión y se encargó de su cuidado con toda la energía de su ser, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia de eso murió en abril de 1881, lo que le ocasionó el devenir de su situación.

Uno de los síntomas manifestados, fue que mientras cuidaba a su padre enfermo sufre una alucinación, lo cual favorece la creación del síntoma, parálisis del brazo. Otro síntoma se manifiesta, olvidando su idioma natal, el cual se forma a partir de

un deseo intenso de rezar a lo cual no encuentra palabras, rezando una oración infantil en idioma inglés.

Posteriormente presenta otro síntoma, el no oír nada cuando se le dirigía la palabra ya que apalabrado un síntoma, éste emergía con renovada intensidad mientras lo relataba, así en el análisis de no oír, la enferma se volvió tan sorda que en ocasiones la comunicación fue por escrito.

CASO EMMY VON N: Presenta una situación donde interrumpe a menudo en el habla para producir un curioso chasquido, ese síntoma se liga tiempo atrás cuando al cuidar a su hija enferma mientras intentaba que ella conciliara el sueño, trata de no hacer ruido, haciendo un sonido perturbador “involuntariamente” que realiza con su lengua.

CASO LUCY R: Había perdido por completo la percepción olfativa y la perseguía una sensación penosa de oler “como a pastelillos quemados”. Ella era gobernanta y tenía a su cargo 2 niñas. Presenta una situación en donde, dos días antes de su cumpleaños, mientras jugaba a cocinar con las niñas, le llega una carta de su madre, ellas se abalanzan sobre ella, y se la arrebatan exclamando que no la leerá hasta que sea su cumpleaños, mientras las niñas jugaban así con ella, se difundió un intenso olor a pastelillos quemados, la relación está en que ella tenía la intención de visitar a su madre y le pesaba abandonar a las niñas, junto a eso estaba pasando por una situación de intrigas en la casa por la cocinera y la institutriz en donde no sintió apoyo por los señores y pensó en renunciar, lo que le

causo conflicto por que la madre de las niñas, que había muerto, le había hecho prometer que se ocuparía de ellas, como sustituto de madre, de haberlas abandonado, habría roto esa promesa.

Estos ejemplos de los casos que nos relatan Freud y Breuer en estudios sobre la histeria, nos muestran una relación simple entre el síntoma y la causa, sin embargo, existen otros casos en los cuales no es tan sencilla la conexión, sino que existe una relación simbólica semejante a la que aparece en un sueño.

Dentro de las causas de la histeria se encuentra, que el enfermo histérico sufrió en su infancia una experiencia traumática. Lo inmaduro le impide comprender y reaccionar, es entonces que la violencia del trauma es una gran carga de afecto sexual no sentido en lo consciente, sino recibido en lo inconsciente con ausencia de la angustia. (Nasio, 2008). Esta carga de afecto, permanecerá en el yo, y es lo que pasará a constituir el foco generador de futuros síntomas histéricos. Con eso se puede entender que el trauma ya no será un acontecimiento exterior, sino un desarreglo interior, situado en el yo.

Nasio, 2008, subrayo otro aspecto psíquico del trauma, lo cual llamo “representación intolerable”, donde no solamente se trata de un exceso de tensión, sino que también es una imagen sobrecargada por la acumulación del exceso de energía sexual.

Posteriormente Freud en Estudios sobre la histeria, trabaja el caso de la señorita Elissabeth von R, donde descubre que los síntomas no se encontraban en forma consciente y que solo mediante asociaciones, se podía llegar a un punto donde existía el conflicto, la mayoría de las veces relacionado entre una fantasía de orden sexual y la censura que ejercía la conciencia moral, Freud descubre que ante ello, como resultado de dicho conflicto psíquico se expulsa de la conciencia y la resistencia tiende a mantener el recuerdo fuera de la conciencia. “Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para reanimar un dolor corporal, era pues el mecanismo de la conversión con el fin de su defensa...” (Freud S. 1893-1895)

En cuanto a la técnica terapéutica Freud pasa del método catártico de Breuer a la asociación libre.

En la *Interpretación de los Sueños* (1900), Freud afirmó que las histéricas no sufrían ya de reminiscencias, sino de fantasmas, que aunque en la infancia hubieran sido víctimas de abuso, el trauma no podría ser la única explicación de la sexualidad humana. Afirmaba que junto a la realidad material hay una realidad psíquica muy importante en la historia del sujeto. Eso lo llevo a la teorización de la *sexualidad infantil* y le permitió identificar el conflicto de la neurosis histérica, siendo la imposibilidad para el sujeto de liquidar el *Complejo de Edipo* y evitar la *angustia de castración*, lo que lo llevaba a rechazar la sexualidad. Freud (1901) afirma: “Considero histérica, a toda persona en la cual una ocasión de excitación

sexual provoca sobre todo y exclusivamente repugnancia, sea que dicha persona, presente o no, síntomas somáticos.”

Posteriormente, Freud (1905) en su escrito *Fragmento de Análisis de un Caso de Histeria* también conocido como el caso Dora, comienza analizar la neurosis histérica. Es el primer relato de terapia que Freud publica y también una historia de fracaso, porque Dora abandona el tratamiento a los 3 meses de haber empezado y sin haber alcanzado la curación.

Con este caso Freud quiere aportar pruebas definitivas sobre el origen sexual de los síntomas histéricos y la utilidad de la interpretación de los sueños para acceder a los traumas inconscientes.

Comprueba sus teorías respecto a la existencia en la histeria de una falla en la resolución del complejo de Edipo, e introduce tres cuestiones técnicas en el tratamiento psicoanalítico: Conservar la confidencialidad, la asociación libre y la atención libremente flotante.

Para llamar histeria conversiva a este cuadro caracterizado por síntomas llamativos y aparatosos, hay que resaltar que aun que pareciera una simulación, porque no se encuentra físicamente una razón orgánica, el paciente no finge sino que sufre, padece. En la histeria, la expresión de los síntomas se hace a través del cuerpo.

Freud deja muy claro que en la histeria el cuerpo se encuentra involucrado en la expresión sintomática. “No pueden formarse sin cierta colaboración somática facilitada por un proceso normal o patológico en algún órgano del cuerpo” (Freud S. Análisis fragmentario de histeria 1901- 1905).

Otra cuestión más para caracterizar y diferenciar el síntoma histérico es la capacidad de repetición. “Para que el síntoma tenga carácter de histérico es necesario que posea la capacidad de repetirse” (Freud S. Análisis fragmentario de histeria 1901- 1905).

Plantea que al inicio el síntoma aparece como un intruso, no deseado y después proyecta como esto se va volviendo parte del paciente, como una ganancia secundaria.

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

“La represión se constituye a veces de manera que la antítesis de la idea que ha de ser reprimida queda extraordinariamente reforzada..... La idea de reacción mantiene reprimida a otra, pero simultáneamente queda a su vez desvanecida y

protegida contra la labor mental inconsciente.” (Freud S. Análisis fragmentario de histeria 1901- 1905).

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

EL COMPLEJO DE EDIPO

Algo importante que delimita la estructura neurótica histérica es el Complejo de Edipo. Según Laplanche y Pontalis (1967) se refieren a él como un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada *positiva*, el complejo se presenta como en la historia de *Edipo Rey*: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma *negativa*, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos

hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada *completa* del complejo de Edipo.

Según Freud (1909), el complejo de Edipo es vivido entre los 3 y los 5 años de edad, durante la fase fálica, su declinación se da en la latencia, experimenta una reviviscencia durante la pubertad y es superado con la elección de objeto. El complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano.

La antropología psicoanalítica se dedica a buscar la estructura triangular del complejo de Edipo, cuya universalidad afirma en las más diversas culturas y no sólo en aquellas en que predomina la familia conyugal.

Freud (1901), en su escrito *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*, nos va haciendo distinciones entre los niños y las niñas. Los niños salen del complejo de Edipo gracias a la *angustia de frustración* y las niñas gracias a la *angustia de castración*, ellos ven que hay diferentes generaciones y una diferencia de sexos (masculinidad y feminidad). El que sea patológico o no, dependerá de cómo se supere la etapa edípica. El énfasis está en el tipo de relación que los niños van estableciendo durante sus primeros años de vida. Los niños fantasean lo que observan. En la *angustia de castración* esta falta de pene le genera al niño la fantasía de poder perderlo y en la niña, la fantasía de poder tenerlo. Los niños se ven atravesados (de ahí el complejo) o padecen unas emociones que le hacen

sufrir, para esto es necesario que ambos pongan en marcha unos mecanismos de defensa, que le van ayudar a superar esas vicisitudes:

Los niños: utilizan como primer mecanismo la *negación de la realidad*. Ejemplo: “a las niñas ya les saldrá” y al no responder a lo que ven, se pone en marcha el segundo mecanismo: “ella no tiene y yo sí”.

Las niñas: el primer mecanismo es negar la realidad, lo que Freud denomina *envidia de pene*. La idea es que tiene pene y lo ha perdido y mantiene la idea de recuperarlo. El segundo paso es una *herida narcisista*.

El psiquismo humano se va construyendo en un proceso de relación a través del cual el otro es vivido y representado a través de quién hace la función de padre y madre. La sexualidad infantil tiene desde la cuna, un contenido incestuoso más importante en el momento de la situación edípica que es cuando uno se convierte en objeto de deseo. Para el niño superarlo es que se identifique con su padre y renuncia a su madre. Para la niña es identificarse con la madre y renunciar al padre. Este concepto de “identificación” es lo que marca la futura elección del objeto. En el niño las emociones son que la madre sólo tenga ojos para él y el padre molesta, se hace ambivalente porque por un lado lo admira y por otro le molesta y le lleva a poner en marcha sus fantasías. El miedo a que el padre le descubra y se vengue (angustia de castración) lleva a que si se desarrolla bien el niño renuncie a sus fantasías eróticas. En la niña se produce una decepción

debida a la falta de pene que le hace separarse de la madre (por no dárselo) y muestra interés por el padre. La situación que vive con la madre es ambivalente y tiene miedo a renunciar al amor de la madre. La herida narcisista se superará cuando da a luz un hijo (algo que el otro sexo no puede hacer).

Del complejo de Edipo se deriva como son vividas las relaciones triangulares en la edad adulta, después de la resolución del complejo de Edipo en cada persona, y las identificaciones que realiza el niño en la etapa fálica que construirá su estructura.

CORRIENTES POSFREUDIANAS

La histeria descrita por Joel Dor (2000), pareciera tener un tinte estructural donde su descripción no se basa en sus síntomas, sino en un diagnóstico al que llama estructural, es decir donde se pueden ver mecanismos esenciales para determinar una histeria, independientemente de la forma que ella tome mediante la cuestión somática

Para Dor (2000), En la histeria el pasaje del *ser al tener* constituye un acontecimiento general de la dialéctica edípica (P.85)

Tomando en cuenta tres grandes cuadros de la clínica histérica que se distribuyen en:

Histeria de Conversión

Histeria de Angustia

Histeria Traumática

Cada tipo de histeria se distingue sobre todo por la especificidad de sus síntomas a imagen de cualquier clasificación psiquiátrica, pero dentro de la clínica psicoanalítica la economía del deseo histérico se mantiene idéntica, tal identidad solo se puede descubrir determinando los rasgos estructurales.

Hay en la estructura histérica una *alienación subjetiva en su relación con el deseo del Otro*. De forma casi simbiótica el histérico se toma por propio el deseo del otro, que después, interroga esta dinámica del deseo pero solo la realiza ante la presencia de un Otro. La dinámica presente en la estructura histérica se mueve en la lógica fálica del ser al tener el falo, hablamos del sentimiento de la privación de su deseo, a manera de identificación el histérico pone en otro lo que se supone que por derecho le corresponde, con el supuesto de que el otro tiene el falo, pero esto solo es un paliativo que permite al neurótico cegarse ante la ansiedad de la no realización de su deseo.

En análisis, este sería el punto crucial del deseo, posicionarse como sujeto, un sujeto que no tiene el falo y por lo tanto deseante de tenerlo. Para buscar la satisfacción por medio de la búsqueda de objetos de este deseo insatisfecho.

También la *identificación llamada histérica*, encuentra así su origen en el principio de esta alienación, es decir que una mujer puede identificarse con otra mujer a la que le supone que conoce la respuesta del enigma del deseo"... una mujer deseante se presenta [no teniéndolo] pero deseándolo a pesar de todo, ante aquel que supuestamente lo tiene, esa mujer aparece para la histérica, como aquella que le dará la solución a su pregunta. De ahí la identificación subsecuente de la histérica con su modelo.

No hay que olvidar que este movimiento realizado por la identificación histérica nos remite a la investidura de este objeto de identificación para la búsqueda del falo que se cree se encuentra en ese otro y que a su vez este espera de él.

Nasio (2008), reconoce dos formas de concebir la histeria, una desde el punto de vista descriptivo y otro relacional. Desde el punto de vista descriptivo, habla de los síntomas somáticos, desde las perturbaciones motrices (dolores de cabeza, anestias en alguna parte del cuerpo), los trastornos sensoriales (ceguera, sordera); hasta afecciones mas especificas que van desde el insomnio y los desmayos benignos a las alteraciones de conciencia, memoria e inteligencia. Todos estos sin ninguna causa orgánica.

En cuanto al punto de vista relacional, Nasio menciona que esto se deja ver en la forma en la que el paciente se muestra en el espacio analítico, planteando tres estados propios del yo.

Un primer estado pasivo, donde el yo está en una constante espera de recibir del Otro, no la satisfacción que colma sino la respuesta que frustra; una espera defraudada, que lo mantiene en una perpetua insatisfacción, llamándole un *yo insatisfecho*.

La segunda posición, el *yo histerizador*, un poco más activa, transforma la realidad concreta en un mundo histerizado. La sexualidad no es una sexualidad genital sino un simulacro de sexualidad, una seudogenitalidad más cercana a los tocamientos masturbatorios y los juegos infantiles que a un intento real de concretar una verdadera relación sexual.

La tercer posición es la de un *yo tristeza*, que debido a la plasticidad del yo, se identifica con el hombre o con la mujer o incluso con la fractura de una pareja y encarna la insatisfacción que dicha ruptura aflige.

En este conflicto siempre ocupará el lugar de excluido y dicho lugar explica la tristeza.

“Los histéricos crean una situación conflictiva, escenifican dramas, se entrometen en conflictos y luego, una vez caído el telón se dan cuenta en el dolor de su soledad de que todo no era más que un juego en el que ellos fueron la parte excluida” (Nasio, 2008).

Según Echeverría R. (2012), La histeria es un esfuerzo por negar por un lado los sentimientos de carencia y de vacío y de otro, los sentimientos de celos y envidia que le inundan al paciente histérico cuando siente que no participa en la escena primaria idealizada en la fantasía.

Para comprender la paciente histérica, hay que partir del sentimiento de carencia que trata de negar a toda costa, esa descripción de carencia ha recurrido a diversas formulaciones, inferioridad “falta de ser”, vacío, incompletud, castración.

Lo característico de la histeria es esa asociación que esa vivencia de carencia mantiene con el complejo de Edipo, esa carencia que se origina de la triangulación, al confrontarse una pareja de padres diferenciada, por la diferencia de sexos y de generaciones. La clínica nos muestra también cómo, en los pacientes histéricos, esa vivencia de carencia se *actualiza* ante los conflictos de triangulación, ante aquellas situaciones en las que la presencia de un tercero amenaza con la exclusión o la falta de reconocimiento. Otras veces nos muestra cómo los pacientes histéricos utilizan las relaciones triangulares para negarla. (Echeverría R. 2012)

Para Lucien Israel (1974), la histeria contribuye a la liberación y a la consolidación del rechazo. La histeria se nos presenta siempre bajo dos aspectos: el que devela y el que oculta, el que nos lleva a descubrir y el que nos lleva a ocultarnos a nosotros mismos.

La histérica no quiere a quien la quiere, ama a otro, a alguien inaccesible, esto ilustra la relación de la histérica con el amor e incluso con el deseo. Es el deseo del deseo del otro, es el deseo del deseo insatisfecho, el sostén del deseo del padre, todo esto puede resumir el deseo y fantasma de la histérica. Trata de buscar fuera de sí su propio deseo, o una manera de expresarlo por medio de la insatisfacción, porque expresar que el deseo permanece insatisfecho es la mejor prueba de que existe.

Después de esto Lucien Israel (1974) se pregunta: ¿qué quiere la histérica? La neurosis de la histérica consiste en una tentativa de ajuste de su propio deseo. La histérica intenta identificarse con el hombre deseante (con aquel, cuyo deseo ya no es puesto a prueba), intenta identificarse tanto con el sujeto deseante, como con el objeto deseable, es decir con la mujer. Y menciona algunos síntomas de las histéricas, entre ellos está la perfección, no se trata de la perfección de la neurosis obsesiva, sino la perfección de la imagen ofrecida a lo ajeno, lo que nos prepara para el encuentro de ese otro.

Aquí aparece un deseo insatisfecho, por la situación del padre, del lugar del padre como imposible, como no pudiendo ser tocado, como insatisfecho, un deseo contrariado por el padre.

La histérica busca siempre un maestro, hacia el cual está destinada su perfección, y que corresponde a su otro, ella misma le atribuye ese lugar, aquel que ella ha elegido, lo que cuenta es tratar de ofrecerle ese cuerpo perfecto, su cuerpo

perfecto. Esperando respuesta de goce perfecto sobre ella es ahí cuando falla. El goce del maestro no es el goce de la histérica, el maestro es incapaz de hacer superar a la histérica, esa incapacidad del maestro causa la imperfección del goce, de pronto el maestro cae y sobreviene la decepción característica de la histérica. Se pueden enumerar las decepciones vividas por Dora en *Fragmentos de un caso de histeria*, sin que ella haya tenido necesidad de experimentar las actitudes eróticas de su pareja.

Otro rasgo importante es la ley, que es lo que significa en la histérica ese deseo de un maestro, el deseo de que alguien venga a garantizar la verdad de una ley, hemos visto que ese maestro es un sustituto paterno, el padre se encuentra descalificado. Dora sabía que su padre era impotente y sifilítico, o sea que probablemente no podría aportar el menor goce a su mujer, abandonada a su rol de la madre, por eso la ausencia del modelo identificadorio para nuestra histérica.

Otro de los méritos de la histérica, es el de no reducir la mujer a la madre, la ruta de la histérica será renunciar al objeto amado de quien hubiera podido ser el padre imaginario, el padre ideal, renunciando a su perfección, de ese objeto amado, el maestro. Ella descubre la vía que podrá seguir hacia la asunción de su propia castración esa ruta se va a formular como el deseo de ser amada por sus imperfecciones no por su perfección. La renuncia al goce perfecto es también la asunción a la mortalidad.

Se trata de superar la decepción amorosa, narcisista, la decepción que resulta de descubrir que el otro no es nuestra imagen, que lo que adquirimos con el otro, es la recuperación de una imagen halagadora, agradable de nosotros para nosotros. El amor comienza por el narcisismo, aceptar la incompletud, es renunciar a buscar en el otro, nuestra propia imagen.

Lo que exige la mujer histérica es un hombre capaz de amarla, sabiendo que puede perderla mañana.

TRANSFERENCIA

La teoría de la transferencia es uno de los mayores aportes de Freud a la ciencia y es también el pilar del tratamiento psicoanalítico.

Según Elisabeth Roudinesco y Michel Plon (1998), la Transferencia designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica.

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

Según Etchegoyen (2005), Freud plantea que durante el tratamiento, la neurosis, deja de producir nuevos síntomas, pero su poder porque no se ha extinguido, se

aplica a la creación de una clase especial de estructuras mentales, casi siempre inconscientes, a las cuales debe darse el nombre de transferencias. Estas transferencias son impulsos o fantasías que se hacen conscientes durante el desarrollo de la cura, con la peculiaridad de que los personajes pasados se encarnan ahora en el médico.

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS

3.1 MÉTODO Y DISEÑO

Por medio de la ciencia, a través de sus diversas corrientes de pensamiento y diversos marcos interpretativos se han originado diferentes caminos en la búsqueda de conocimiento. Sampieri define la *investigación* como el conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno. En el enfoque cualitativo, encontramos que en esta clase de estudios se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y del análisis de los datos ya que se hace sin medición numérica. La acción indagatoria es dinámica y la secuencia varía de acuerdo con cada caso en particular.

El método por el cual se analiza este estudio de caso, es la investigación cualitativa, ya que para comprender algo “de verdad” tenemos que conocer no sólo los hechos sino también la experiencia humana relativa a esos hechos. La investigación cualitativa tiene que ver con significado, la forma en que las personas interpretan su experiencia y como usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. (Alvarez, 2007).

Los métodos cualitativos son utilizados en las ciencias sociales ya que son elementos clave para la investigación de campo, descripción, investigación, y explicación.

Sampieri, enumera las *características de un enfoque cualitativo*, en donde el investigador se plantea primeramente un problema, el cual no sigue un procedimiento claramente definido. Se comienza examinando el mundo social y se desarrolla una teoría coherente con los datos, es decir que las investigaciones cualitativas se basan en explorar y describir y luego generar perspectivas teóricas. En ellas no se prueban hipótesis, éstas se van generando durante el proceso y van refinándose. La obtención de datos consiste en obtener las perspectivas y los puntos de vista de los participantes mediante técnicas de recolección de datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, registros de historias de vida etc. La “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto a sus propias realidades.

Algunos *objetivos* de la investigación cualitativa son; explicar los diferentes aspectos de algún comportamiento, utilizar métodos cualitativos de recolección de datos con el fin de explorar relaciones sociales y describir la realidad tal como se experimenta, e investigar el porqué y como se tomo una decisión, a diferencia de la investigación cuantitativa que busca responder las preguntas cuál, dónde, cuándo, etc.

Dentro de la investigación cualitativa se encuentra el *estudio de caso* según Muñiz (s/f), es elegido cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir, interpretar, más que probar hipótesis y puede ser definido por sus

características: particularista, descriptivo y heurístico. Es particularista porque se centra en un fenómeno particular. Es descriptivo por que el producto final es una descripción rica y densa del fenómeno de estudio. Es heurístico por que ilumina la comprensión del lector del fenómeno objeto de estudio.

A través del estudio de caso podemos analizar una problemática general en un caso particular, trabajando con la subjetividad del paciente, y de las cuestiones a analizar.

Este estudio de caso tiene un enfoque psicoanalítico, el cual se trabaja desde el método de historias de vida ya que según Muñiz, (s/f), las historias de vida contienen una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona, o alguna parte principal de ella, en las propias palabras del protagonista. En la construcción de la historia de vida, el análisis consiste en unos procesos de compaginación y reunión del relato, de modo tal que el resultado capte los sentimientos, modos de ver y perspectivas de la persona. Lo recabado en las sesiones psicoanalíticas en relación al discurso del paciente es documentado y a través de esa documentación, se hace un análisis y se puede ver como se ha ido moviendo el paciente.

El *estudio de caso psicoanalítico*, es un instrumento o método de investigación, cuyo origen en la investigación médica y psicológica se aplica para profundizar en los fenómenos de la clínica psicoanalítica. “Un estudio de caso cualitativo se

define como: una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social,” (Muñiz & Rojas, 2008)

3.1.1 Dispositivo Psicoanalítico

El proceso psicoanalítico se sostiene mediante un dispositivo analítico, el cual consiste en una serie de características fijas correspondientes al analista y al analizado. La que corresponde al analizado es la Asociación Libre (Regla Fundamental), en donde le pedimos al paciente que hable, que diga todo lo que se le venga a la mente, aun que le parezca tonto, absurdo e ilógico, sin criticar y hacer un juicio de valor por mas desagradable que sea. El método de la asociación libre le fue sugerido a Freud en 1892 durante un tratamiento en el que una paciente (Emmy von N.) le pidió expresamente que cesara de intervenir en el curso de sus pensamientos y que la dejara hablar libremente.

Asociación Libre- Regla constitutiva d la situación psicoanalítica, según la cual el paciente debe decir todo lo que se le venga a la mente, y principalmente lo que siente tentado a omitir, por la razón que fuere” (Roudinesco & Plon, 2008)

Las características que corresponden al analista son la Atención Libremente Flotante la Abstinencia y la Neutralidad.

La atención libremente Flotante es una de las reglas que Freud enuncia para el analista. Consiste en no querer fijarse en nada en particular y en presentar a todo cuanto uno escucha la misma atención. (Freud S, Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico).

La Regla de la Abstinencia restringe al analista en cuanto a lo que este le devuelve o le da al analizado particularmente satisfacciones que le puedan ahorrar sufrimientos, los cuales son necesarios para el trabajo analítico.

Abstinencia- Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la (Laplanche & Pontails, 1993).

La Neutralidad abarca tres aspectos principales. El primer aspecto abarca la transferencia, marcando que el paciente deberá ser neutral a las manifestaciones transferenciales. El segundo aspecto, involucra la abstinencia que marca que el analista debe ser neutral en sus valores y abstenerse de consejos con el fin de ahorrarle sufrimiento al paciente. El tercer aspecto esta relacionada a la atención flotante ya que el analista no deberá brindarle importancia a ningún aspecto o fragmento del paciente.

Neutralidad- Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un Ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; *neutral* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, *neutral* en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder *a priori* una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

(Laplanche & Pontails 1993).

Estos aspectos, son indispensables en la relación del analista y del analizado para el dispositivo analítico. Pero tienen sentido, si no están dentro de un encuadre.

3.1.2 El Encuadre Psicoanalítico

Siguiendo del dispositivo psicoanalítico, en donde los aspectos no pueden variar caso por caso, el encuadre si, ya que es inevitable que en algún momento del proceso se tengan que hacer cambios, el encuadre debe ser “fijo, pero también modificable”. Según Eytchegoyen (1896) “El encuadre supone fijar como

constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar”

El encuadre viene a ser el marco en donde el proceso psicoanalítico se desarrolla. Para que el proceso se desarrolle tiene que haber un encuadre que lo contenga (Etchegoyen, 2005).

Dentro de las variables del encuadre son: los horarios de consulta, la frecuencia semanal, la duración de las sesiones y el dinero.

El primer aspecto que voy a tratar es el tiempo, el horario de consulta se aconseja que sean establecidos, Freud dice que la hora le pertenece al paciente, así que aun cuando falte, tendrá que hacerse cargo de su sesión aun que no la utilice. En relación a la duración de las sesiones, en nuestro país lo más común son 45 minutos, o algunos con duraciones variables como lo son algunos analistas de la escuela Lacaniana.

“Por lo que se refiere al tiempo, sigo estrictamente y sin excepción alguna el principio de adscribir a cada paciente una hora determinada. Esta hora le pertenece, es de su exclusiva propiedad y responde económicamente de ella, aun que no la utilice, “ (Freud S. Sobre la iniciación al tratamiento, 1913).

En cuanto a la frecuencia semanal, difiere dependiendo del analista, y de las posibilidades del paciente, desde 5 frecuencias por semana, cuatro, tres, dos o 1, hasta una vez cada quince días.

Las vacaciones por parte del analista se deben de acordar desde el inicio del tratamiento o con mucho tiempo antes de la fecha prevista, estas pueden ser con o sin goce de honorarios.

Por último está la variable del dinero, en las primeras sesiones, se hace un acuerdo entre analista y analizado de cuánto va a pagar el paciente por sesión. El monto regular marca un aumento ya sea cada cierto tiempo determinado o dependiendo de la inflación.

3.1.3 Proceso Analítico

Ya teniendo establecidos el dispositivo analítico y el encuadre, se marcan las condiciones necesarias para que surja la relación intersubjetiva única que marca el proceso psicoanalítico en la cual se instala la transferencia necesaria para el proceso.

Transferencia- Designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos

objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la Instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (Laplanche & Pontails, 1993)

Dentro del proceso analítico, nos encontramos un fenómeno que Freud denomina:

Resistencia- Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e Infligían al hombre una vejación psicológica.(Laplanche & Pontails, 1993)

Por último dentro del proceso está la elaboración. Freud caracteriza inicialmente la elaboración como el proceso de la inclusión de una representación en el concierto asociativo.

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

3.2 INSTRUMENTO

En la clínica psicoanalítica, más que un instrumento, se trabaja mediante una situación en la que se emplea el dispositivo psicoanalítico, por medio del cual se produce la información. Se trabaja a través del encuadre en el cual se fija la hora, el espacio, y el costo de la sesión, cuestiones importantes para la realización del mismo, pero dentro del setting terapéutico se trabaja con la escucha del analista que es la atención libremente flotante y la regla básica del psicoanálisis que es la asociación libre, donde el paciente a través del discurso manifiesta todo lo que se le venga a la mente aunque le parezca tonto, absurdo o ilógico. A través de eso, se puede llegar a teorizar, ya que posterior a la sesión se realizan apuntes o

viñetas de lo sucedido, para luego ser supervisadas lo que nos permite tener una idea más clara de cómo estamos trabajando con el paciente.

3.3 MUESTRA

La paciente es un sujeto en análisis de 19 años que para fines del estudio se llama Tania, es originaria de Monterrey Nuevo León, vive con su familia la cual está formada por sus papás, un hermano y una hermana, siendo ella la hermana mayor. Es estudiante del área médica, y trabaja en una tienda departamental, en el horario contrario a la escuela.

Tiene tez aperlada, mide 1. 58 aproximadamente, es delgada, cabello oscuro liso, ojos café oscuro, en las sesiones regularmente trae una vestimenta casual, pantalón de mezclilla, blusa y tenis, no pone mucho énfasis en su arreglo personal. Es la primera vez que está en análisis, siendo ella la que tomó la decisión de llevar a cabo el tratamiento.

3.4 PROCEDIMIENTO

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

Método Psicoanalítico

Formas de intervención: Señalamientos, confrontación e interpretación.

Frecuencia: 1 vez por semana.

Honorarios: Cuando comenzó el tratamiento que ella trabajaba pagaba 100 pesos, posteriormente, deja de trabajar, y le bajan el costo de la sesión a 40 pesos.

Tiempo: 80 sesiones de 45 minutos, durante 21 semanas.

Condiciones institucionales: Las sesiones fueron cara a cara dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

3.5. TÉCNICA

Dentro de la técnica se requieren algunos instrumentos para recabar información como son:

Fichas de identificación, Discurso del paciente (asociación libre), Viñeta clínica, Preguntas sobre datos específicos.

Y también instrumentos de concientización del paciente, con el fin de hacer un cambio en la manifestación de los síntomas, que tenga mejor calidad de vida.

El psicoterapeuta dispone de varios instrumentos para ejercer una influencia directa sobre el paciente con el propósito de hacer que cambie, que mejore. Este cambio puede consistir en que los síntomas se alivien o desaparezcan, que su

estado mental se modifique, que su conducta se haga mas adaptada a la realidad en que vive, etc. (Etchegoyen, 2005).

Interpretación

Interpretación- Intervención del analista tendiente a hacer surgir un sentido nuevo más allá del sentido manifiesto que un sueño, un acto fallido, y aun cualquier parte del discurso del sujeto puedan presentar. La idea de que los sueños, los lapsus y los actos fallidos, el conjunto de las formaciones del inconsciente, o incluso los síntomas, pueden interpretarse; la idea de que ocultan un sentido diferente de su sentido manifiesto, un sentido latente, constituye uno de los principales aportes de Freud al conocimiento del sujeto humano y uno de los modos de acción decisivos del analista en la cura. La interpretación está presente desde el principio en las obras de Freud. (Laplanche & Pontails 1993)

Señalamiento

“El señalamiento, como su nombre lo dice, señala algo, circunscribe un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca mas información. (Etchegoyen, 2005).

Confrontación

“La confrontación muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción”

(Etchegoyen, 2005)

Construcción

“La construcción, tiene como fin, juntar varios elementos para formar algo, y tiene que ver con el pasado. La construcción se refiere al pasado, intenta develar una situación histórica, algo que paso y fue determinante en la vida del sujeto”. (Etchegoyen 2005)

CAPÍTULO 4
ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: Tania

Edad: 19 años

Estudios: Licenciatura

Sexo: Femenino

4.1.1 Resumen general de caso clínico

Tania acude a pedir consulta manifestando dificultades en sus relaciones personales específicamente con sus amigos, lo que le estaba ocasionando muchos problemas y eso hacía que se sintiera muy triste al grado de alejarse de algunos de ellos o hacer cosas que implicaban su exclusión. Durante las primeras sesiones centra su discurso en esa problemática mostrando mucha resistencia al hablar de sus afectos, posteriormente comienza hablar de su situación familiar, y de las necesidades económicas que se les presentan, así como de su imposibilidad por poder concretar una relación de pareja estable, situación que le afecta mucho.

Familia

Tania, es la hija mayor de 3 hermanos, mide 1. 58 mts. aprox. es delgada, tiene cabello oscuro chino, ojos café oscuro, tez aperlada; actualmente se encuentra

estudiando la licenciatura y a la vez trabajando para ayudar con los gastos de su hogar. Tiene un hermano, que sigue de ella al cual lo ve como el preferido de su madre y lo describe como apartado y reservado de la familia, estudió la preparatoria y actualmente está trabajando sin aportar a la casa considerándolo muy egoísta. Su hermana la menor es vista por Tania como una rival ya que la dejan hacer muchas cosas que a ella no, como pintarse el cabello, ponerse piercing, tener novio, etc. considerándola inmadura, perdida y sin ganas de sobresalir ya que actualmente está estudiando la preparatoria y no le va nada bien.

Para la paciente su madre no representa ningún apoyo sino por lo contrario, a pesar de que le platica lo que pasa con el fin de sentirse apoyada, siempre terminan discutiendo, mencionando que nunca pueden llegar a un acuerdo y son polos opuestos. Para ella su madre es una persona fría, ya que es poco cariñosa y casi nunca la abraza, al contrario, menciona que cuando se enoja se hablan muy feo, incluso la devalúa constantemente ya que se queja de que no hay dinero y no es capaz de trabajar y en una ocasión mencionó que todas sus tías hermanas de su mama habían estudiado una carrera, menos su mamá.

Se queja de que su madre siempre le platicaba de la familia de su papá, que su abuela no la quería desde que se hicieron novios, porque era morena, mencionando que le hacía sentir cosas que tal vez hicieron que ella no tuviera tanta unión con ellos.

La madre de la Paciente proviene de una familia, en donde las mujeres predominan por el numero de hermanas y porque todas gracias a una de sus tías, la mayor, lograron tener carrera, ella es administradora, dos son trabajadoras sociales, una medico, y otra enfermera.

De sus tías la más significativa para ella es la mayor, ya que los apoyo mucho cuando su papá se quedo sin trabajo, para que pudiera comprar un carro (taxi), y pudieran sostenerse, en ocasiones menciona que le gustaría ser como ella.

Sus padres viven juntos, sin embargo, la relación entre ellos siempre ha sido muy ambivalente. La paciente menciona que desde que era pequeña recuerda que nunca quería dejarlos solos por miedo a que se separaran ya que se acuerda de situaciones en donde se enojaban hasta llegar al punto en que su madre amenazaba con irse. Incluso se pregunta porque siempre a ella le tocó ver situaciones propios de ellos, en una ocasión cuando tenía 6 años, menciona que los vio teniendo sexo oral, siendo para ella algo penoso, que en ese momento no lograba entender, en otra, se encontró un condón usado tirado, ocasionándole mucha angustia ya que lo primero que se imagino es que el pene de su papá era postizo, y que tal vez no tenia, mostrando enojo ante la situación preguntándose por que nunca le explicaron nada de lo que vio ,o se disculparon.

El padre de la paciente actualmente trabaja en una estación de taxis en el aeropuerto y con un puesto administrativo cumpliendo un horario, pagándole a alguien para que se haga cargo del taxi.

Tania lo percibe como una persona débil, ya que hace tiempo le diagnosticaron una enfermedad en el corazón, que no lo incapacita para hacer sus actividades diarias, pero si tiene que asumir algunos cuidados, causándole a ella angustia. Antes de la enfermedad recuerda que su padre tomaba mucho y llegaba muy tarde a su casa, provocando muchos problemas con su mamá, al grado que su mamá le confesó a ella que su padre tenía un amante. A raíz de la enfermedad, Tania constantemente se preocupa por la salud de su papá, considerándolo poco capaz para el trabajo que realiza, mostrando angustia por si se mal pasa, por si se desvela, incluso, comenzó a trabajar con el fin de quitarle pendientes a su papá, haciéndose cargo de algunos pagos, sostenido el seguro medico de él y su mamá. En una ocasión se mostro molesta porque en su trabajo le daban seguro social, la condición era que sus papás dijeran que ella los sostenía, y la primera ocasión su padre dijo que no, cosa que le molesto mucho, afirmando que su padre no podía conseguirlo y en la segunda ocasión el papá acertó y le dieron el seguro medico.

Relación con sus “amigos”

“Últimamente estoy teniendo muchos problemas con mis “amigos”, y eso me está afectando mucho”....manifestó Tania en la primera sesión.

El motivo por el cual se decidió asistir, fue porque dos de sus amigos con los cuales se juntaba en la licenciatura comenzaron a gustarse, al principio todo estaba bien por que seguían juntos los tres, ella se dio cuenta de lo que sentían y comenzó a unirlos, “fui su Cupido hasta que comenzaron a ser novios”. Durante

ese tiempo, ella seguía hablándoles normal, considerando mas amigo a él que a ella. En una ocasión él hace una fiesta en su casa y Tania pide permiso de quedarse a dormir lo que le molesta mucho a su amiga, la novia, y la invita a quedarse mejor en su casa, a lo que Tania rechaza, ya que sus papás la habían dejado en casa de él. A partir de ahí ella siente que la novia la empieza hacer un lado y con el tiempo, él también, lo que le da mucha tristeza sintiéndose excluida, ya que no entiende por qué si ella fue la que los unió.

Relación con sus im-posibles parejas

Tania comienza hablar de su dificultad para concretar una relación de pareja, menciona a *Carlos*, un amigo muy especial para ella estudiante de medicina, con el cual busca una relación formal, dándole todo lo que necesita (tiempo, atención, cosas materiales), sin ser correspondida de la misma manera ya que Carlos, tiene interés por otra chava.

Después habla de *Diego*, un compañero de su salón que le gusta mucho, pero el ya tiene una relación, siendo eso para ella poco significativo.

Al entrar al trabajo comienza a relacionarse con más amigos y a poner interés en los compañeros que entran a trabajar, menciona a *Noel*, un chavo con el cual salió un par de veces pero no llego a concretar la relación, asumiendo que era agradable pero había algo que no le gustaba de él, al mismo tiempo, había una

compañera de su mismo trabajo que lo pretendía, mencionando que ella no tenía de que preocuparse porque él la quería a ella.

Poco a poco, asume que no es la persona indicada para ella y se pregunta porque siempre le pasa lo mismo, no se explica porque los chavos solo la ven como su pañuelo de lagrimas, como la mejor amiga que se puede tener, pero no como novia, y por no saber manejar la situación hace que los chavos volteen a ver a otra.

Se da cuenta que al principio de una relación siente interés y cuando ve que es correspondida comienza a dudar si realmente es lo que quiere, manifestando miedo al acceder a una relación de pareja.

Algo distinto pasa con *Javier* también un compañero del trabajo, el cual comienza a demostrarle mucho interés, se porta muy atento, la busca, la invita a salir, y ella abre la posibilidad de tener una relación con él (algo significativo es que no hay un tercero). Se da cuenta que está siendo correspondida, sin embargo, comienza la duda de que a él le pueda gustar alguien más que entre a trabajar (aunque no exista en lo real).

Infancia

Tania se recuerda en su infancia, como una niña que siempre quería estar con sus papás por miedo a que se separaran, menciona que sus hermanos siempre fueron

más despegados, y ella nunca pudo ser así. Se recuerda siempre en calzones, ya que menciona que su mamá nunca la peinaba y arreglaba.

En la escuela, era una niña que tenía más amigos que amigas, mencionando que las niñas eran más complicadas que los niños, con las niñas siempre se estaba peleando.

Algo significativo es que cuando tenía cinco o seis años, un vecino más grande que ella, le toco entre las piernas, recuerda que después de eso, corrió a su casa a decirle a su mamá y ya no sabe que paso después, ella siente que sus papás no hicieron nada con eso.

Adolescencia

Tania no habla mucho sobre su adolescencia, menciona que siempre ha sido buena estudiante, le gusta sobresalir y hacer las cosas mejor que los demás, incluso en ocasiones cuando a alguno de sus compañeros le va mejor, confiesa sentir celos y envidia.

Algo significativo de esta etapa es que durante la secundaria, un compañero le pidió que fuera su novia, ella accedió y por medio de sus hermanos su papá se dio cuenta dejándole de hablar, lo que le ocasionó mucho sentimiento, enojo y coraje hacia el chavo, ignorándolo por completo aun que si le gustaba y sentía algo por él.

Ese acontecimiento, es algo que tiene presente ya que no puede entender como su papá le dejó de hablar y se pregunta si haría lo mismo actualmente ya que nunca le dio una explicación.

Tratamiento

Acordamos vernos una vez por semana ya que por motivos de trabajo y económicos, no podía asistir mas sesiones semanales, el tratamiento tuvo una duración de 24 meses.

Durante las primeras sesiones, la paciente pasaba la mayor parte del tiempo relatando la situación por la cual se decidió asistir, el tema central eran los conflictos por los que estaba pasando con sus amigos, en donde ella quedaba excluida de la relación, su discurso estaba desafectizado, no se involucraba, hablaba solo de los otros sin mencionar nada de su sentir.

Poco después comienza a trabajar y su apariencia física se nota muy cansada.

Durante ese momento, la analista comenzó a sentir una reacción contratransferencial, mucho sueño, era como una barrera por medio de la cual sentía que no podía escuchar a la paciente.

Cuando comienza hablar de su familia y de las posibles relaciones de pareja no concretadas, menciona que un chavo le dijo después de haberle pedido que fuera su novia, que lo mejor que le pudo pasar es que ella no aceptara, porque si

hubiera aceptado, lo hubiera aburrido mucho ya que ella era muy buena y a él le gustaba la fiesta, además que ella no se merecía a alguien así como él.

En ese momento, la analista hace un señalamiento enfocado a como se relacionaba con los demás, resaltando que en su discurso siempre están los otros, poniéndose ella sola en un lugar fuera, interponiendo una barrera para no mostrarse por miedo a ser lastimada.

A partir de ahí, la paciente comienza a involucrarse un poco más en el discurso.

Cuando habla de su relación familiar, pone énfasis en la falta de demostración de afecto entre todos los miembros, habla de su mamá, describiéndola como lo contrario a ella, ya que no es nada organizada, nunca se pueden poner de acuerdo a pesar de que si hay comunicación. Aunque la considere muy distinta a ella, en una ocasión mencionó que ella es la que más se parece a su mamá, por el color de piel ya que sus hermanos y su papá son blancos y ella es morenita como su mamá.

A su papá lo ve como imposibilitado ya que está enfermo del corazón y le da miedo que le llegue a pasar algo. Su hermana es su rival ya que la dejan hacer todo lo que a ella no, tiene novio y se pregunta cómo le hace, si la considera muy descuidada e inmadura y ella que es lo contrario no puede, constantemente se está comparando, buscando ser siempre mejor y su hermano, es una persona que no contribuye a la familia, es considerado el favorito de su mamá.

Al plantear su situación familiar, expresa que no sabe porque ella siempre es la buena, la que tiene que ayudar porque si no se siente mal y la única que se

preocupa por la situación de sus padres, sin embargo se cuestiona porque ellos no están tan pendiente de ella como con sus hermanos, que si no llegan les hablan y se preocupan.

Se hizo un señalamiento en relación a como esta posicionada en su familia ya que su constante queja es que no se demuestran afecto, ni atención y específicamente no siente que se preocupen por ella, por que cuando sale no le hablan ni se acuerdan. Paradójicamente ella intenta hacer todo bien y perfecto para agradarle al padre y que el este bien, protegido de todo mal, (enfermedad, preocupaciones), ella se pone en ese lugar de soy perfecta y hago las cosas bien, para después quejarse de que no le hacen caso.

Cuando habla de las posibles relaciones de la pareja la constante de todos es que tienen algo que imposibilita concretar la relación, el primero que le pareció atractivo, estaba saliendo con alguien, el segundo tenia novia, el tercero, no tenia compromiso alguno, sin embargo ella se planteaba la posibilidad de que en algún momento iba a llegar y el ultimo que se porto muy distinto a los otros, siendo detallista, poniéndole atención, contrario a lo que ella hacía con todos los demás, cuando ve que va en serio y que se va a concretar la relación comienza a cuestionarse si es lo mejor para ella y si en realidad lo quiere, poniendo una barrera para quedar en la insatisfacción.

En las primeras posibles parejas se le hizo una interpretación relacionada a la elección de objeto, ya que desde el comienzo parece que ella misma bloquea el poder concretar la relación, no siendo para ella significativo que desde el inicio haya alguien más, y ella sea el tercero.

Cuando conoce al chavo sin compromiso, se plantea la posibilidad de que llegue alguien más, no existe en lo real, lo pone en el imaginario.

Y cuando llega el último chavo, que comienza a portarse muy bien con ella, se porta atento, la procura, ella se pone una barrera, a través de la duda, de sí lo quiere o no lo quiere, quedándose en la insatisfacción, dejando pasar mucho tiempo, al grado de que ella termina siendo su “amiga” el “pañuelo de lagrimas” llegando a contarle todo sobre sus posibles pretendientes

Se le hace una interpretación, de esa imposibilidad de concretar la relación de pareja, enfocada a la barrera que ella usa para quedar insatisfecha, y siempre poniéndose como tercero excluido.

Desde que la paciente llegó, su aspecto físico era desatendido, su vestimenta era casual, pantalón, blusa, tenis, el cabello recogido, sin aretes, ni maquillaje, mencionando que a ella no le gustaba arreglarse, comparándose con su hermana que a ella sí, haciendo énfasis en que su mamá de chiquita nunca la arregló, siempre andaba como niño en calzones.

Mencionaba que no se sentía bonita, no le gustaba su color de piel, su cabello, su nariz, aun que otras personas le decían que estaba bonita ella no lo veía así.

Se hicieron señalamientos relacionados con su aspecto físico, en relación al color de piel, se hizo una interpretación ligada a la madre, ya que ella mencionó que en su familia, las únicas morenas eran ella y su madre, a la que su abuela paterna consideraba fea y no la quería por tener ese color de piel.

Durante el proceso, Tania, mencionó que a ella no le gustaba verse femenina, por miedo a demostrar debilidad ante los hombres, que ella quería que la vieran fuerte, por eso no se vestía así.

Lo que la llevo a preguntarse cómo se es mujer.

Durante el proceso, la paciente comenzó a cambiar su aspecto físico, identificándose con su analista.

4.1.2 Motivo de consulta

El motivo manifiesto de consulta es que últimamente está teniendo muchos problemas con sus amigos, y siente que eso le está afectando. Además de que a través del psicoanálisis quiere conocer qué es lo que pasa con ella.

4.1.3 Demanda de análisis

Llegar a conocerse, para darse cuenta de quién es ella en realidad. Quiere conocer como es una terapia con enfoque psicoanalítico, ya que a ella le interesa esa área. Llegar a entender porque se le dificulta mucho concretar una relación de pareja. Responder la pregunta de cómo ser una mujer, para ser deseada por un hombre.

4.1.4 Sintomatología actual

- Cansancio debido al estar combinando el trabajo con la escuela para ayudar económicamente su hogar.
- Dificultad para concretar una relación de pareja.
- Siempre está compitiendo causándole mucho conflicto en las diferentes esferas de su vida.

4.1.5 Impresión diagnóstica

A partir de lo que se ha trabajado con Tania, puedo afirmar que es una neurosis histérica, ya que lo que hemos analizado durante las sesiones, refieren algunos rasgos característicos de la histeria, uno de ellos es la identificación con el padre, en donde ella lo ve devaluado, imposibilitado en su fantasía, ella es quien lo completa, la supuesta perfección que ella siempre busca en todas las esferas de

su vida, en el ámbito familiar, ser una hija ejemplar, en la escuela, sacar las mejores calificaciones y entregar los trabajos mejor que todos, en el trabajo, llegar a ser la líder etc., y mediante esto, tener ese reconocimiento, que le cuesta mucho, o la insatisface, ya que siempre está bajo el deseo del otro, no asume su propio deseo.

También las relaciones triangulares que son derivadas del complejo de Edipo antes mencionado, en donde ella esta imposibilitada a acceder a tener una relación de pareja, ya que siempre busca una persona que está ocupada, cosa que a ella no le causa conflicto, siendo ella la que siempre pierde, y cuando logra acceder a una persona “libre”, no habiendo nadie en lo real, en su imaginario llega otra mujer mejor que ella, y se lo quita.

Por último menciona que siempre tiene que estar compitiendo, además de que aparece en variadas ocasiones la envidia.

Es por eso que la impresión diagnóstica es una ***Neurosis Histérica***.

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

4.2.1 Contexto Familiar

Tania es la hija mayor de su familia, tiene un hermano de 17 años, al que describe como independiente, separado y poco colaborativo en la familia ya que trabaja, pero no aporta cuando se necesita, gastando parte de lo que gana tomando con sus amigos. Menciona que es el favorito de su mamá, siempre lo atiende y está pendiente de él, más que con ella y su hermana, siempre lo defiende y lo procura mucho.

Además de su hermano, tiene una hermana de 15 años a la que ve como rival, ya que la dejan hacer muchas cosas que a ella no cuando tenía su edad, como pintarse el cabello, ponerse piercing tener novio (unque sus papás finjan que no saben), la describe como mas femenina, le gusta arreglarse mucho no poniendo mucha atención a la escuela, reprobando materias. A la vez le tiene envidia, porque no se explica cómo su hermana, que le vale la vida puede tener novio y sostener una relación de pareja y ella no, se pone muy triste cuando habla de que el novio le demuestra su amor.

Se siente menos, ante sus hermanos por que tienen piel blanca y ella tiene piel morena, como su mamá, siempre se está comparando y eso la hace sentir muy mal.

Para la paciente su mamá y ella son muy distintas, y nunca se pueden poner de acuerdo, a pesar de que si hay comunicación. Menciona que nunca se demuestran cariño, difícilmente se dicen que se quieren o se llegan a dar un abrazo. La culpa de la falta de dinero en la casa, ya que dice que no se sabe administrar y todo lo que gana su papá se lo gastan, no ahorrando nada para cuando se atraviesa algo.

...”Ayer estaba hablando con mi mama de eso, y le digo que creo que hay deudas por que nunca se administra, y ella me dijo que ya me quería ver a mi, administrar mi dinero, yo le dije que si, y que le iba a demostrar que yo sí iba poder ahorrar no como ella”

La madre, proviene de una familia, donde la mujer sobresale, ya que una de sus tías la mayor, se hizo cargo de ellas, y les pago el estudio , a menudo señala como sus tías ejerciendo su carrera viven muy bien, a diferencia de su mamá que fue la única que no quiso estudiar. Sintiendo mucho orgullo, por su tía mencionando que quisiera ser como ella, para poder ayudar a sostener a su familia.

....entonces como yo veo que en mi casa pues ninguno de los dos esta estudiado, yo quiero poder terminar mi carrera, para no estar así, porque es muy feo, fui a casa de una de mis tías, hermana de mi mama, y bien padre, bien bonita su casa,

con Xbox, kinect y esas cosas, yo llegue al play station, y luego ya no me compraron nada, y en mi casa, si se compra, se tiene que dejar de pagar algo, y eso no me gusta, porque siempre salen cosas...

La relación con sus padres ha sido muy ambivalente, ya que siempre ha tenido miedo a que se separen, La paciente menciona que desde que era pequeña recuerda que nunca quería dejarlos solos por miedo a que se separaran, ya que se acuerda de situaciones en donde se enojaban hasta llegar al punto en que su madre amenazaba con irse.

...“En la casa con mis papas, siempre quiero estar ahí, mis hermanos son mas despegados que yo. Yo no se por que, quiero estar para cuando se peleen, o si salen y les pasa algo, yo siempre los acompaño a todas partes cuando puedo, porque me da ese miedo”...

El padre trabaja en una estación de taxis en el aeropuerto, aun que él se ha hecho cargo de la manutención de la familia, han pasado por momentos en donde se ha quedado sin trabajo, y han batallado económicamente, lo que le angustia mucho a la paciente, ella lo describe como una persona que no expresa tan fácilmente sus sentimientos, al igual que su madre, no son nada cariñosos. A diferencia de su madre, menciona que cuando él la regaña no le salen las palabras para contestarle, le da mucho sentimiento y se pone a llorar.

Lo ve como un padre enfermo, ya que hace tiempo, le detectaron una enfermedad en el corazón, de la cual ella se culpa, ya que cuando estaba pequeña, recuerda que cuando su papá llegaba borracho, y peleando con su mamá, ella escuchaba, y decía la frase *“Diosito por favor toca su corazón para que ya no peleen y todo se arregle”* y cuando le detectaron la enfermedad, ya no pudo hacer nada de lo de antes, dejó de tomar, de salir hasta tarde con sus amigos, y de enojarse tanto en su casa.

A raíz de eso, ella lo ve incapacitado para poder trabajar, estando constantemente preocupado por su salud.

....“yo siento que la relación con mis papas es diferente, por ejemplo, con mi mamá, cuando me dice algo que no me parece si le contesto, y a veces le hablo mal, bueno de hecho todos le hablamos mal, es que no se y a mi papá no, por que cuando me regaña me siento mal, y no le puedo contestar ni decir nada, < se le lloran los ojos>, y que te pone así?, pues no se, es que mi mamá dice que mi papá siempre ha tenido el carácter muy fuerte, que antes así era, y discutían mucho, pero a raíz de que el se enfermó, cambio mucho su carácter”....

4.2.2 Estructura Edípica

Para Tania durante su infancia, lo que prevaleció fue ese miedo de que sus padres se separaran, lo que la obligaba a siempre querer estar con ellos, debido a sus constantes pleitos y amenazas de abandono de parte de su madre.

La paciente se encuentra identificada con la figura femenina en este caso su tía la mayor, Dany ya que es la poderosa, que protege y sostiene, devaluando la figura materna, e intentando siempre sostener y cuidar al padre, considerándolo enfermo e incapaz de realizar el trabajo pesado.

...."me gustaría algún día llegar a ser como Dany, para poder ayudar a mis padres y mi familia, sacarlos adelante"....

...“aaa, mi papa ya tiene seguro, fueron a revisar a mi casa para ver si entraban por mi trabajo ,y ya dijo que dependían de mi, porque estaba enfermo y si se lo dieron, de hecho el sábado van a ir a consultar, yo también debería de ir, pero pues, nunca hago el tiempo, me da mucha flojera”...

Nunca ha podido dejar solos a sus padres por miedo a que se separen o pase algo, siempre quiere estar ahí, y a la vez se queja de que le toca darse cuenta de las cosas, ya que sus padres, siempre le cuentan lo que pasa entre ellos, manifestando angustia de no saber que decirle a cada uno, ya que no quiere hacer sentirlos mal.

En Tania, actualmente se repite esta identificación y relación triangular edípica ya que siempre queda excluida, no puede concretar las relaciones de pareja, mencionando que aun que, cuida, es atenta y da todo lo que puede, siempre

termina siendo el pañuelo de lágrimas, la mejor amiga. Teniendo relación con el motivo de consulta donde presenta problemas con sus amigos, los cuales la excluyen, a pesar de que ella fue la que funcionó de Cupido y los unió en la relación.

4.2.3. Eventos traumáticos

En la paciente podemos enumerar algunos acontecimientos que fueron vividos como traumáticos, el primero de ellos, fue cuando tenía 6 años, menciona que vio a sus papás teniendo sexo oral, siendo para ella algo penoso, que en ese momento no lograba entender.

Poco después se encontró un condón usado tirado en el cuarto de sus papás, ocasionándole mucha angustia, ya que lo primero que se imagino es que el pene de su papá era postizo y que tal vez no tenía, mostrando enojo ante la situación, preguntándose, porque nunca le explicaron nada de lo que vio, o tuvieron mas cuidado con eso.

A los 5 o 6 años un vecino cinco años más grande que ella, le toco entre las piernas, recuerda que después de eso, corrió a su casa a decirle a su mamá, y ya no sabe que paso después, ella siente que sus papás no hicieron nada con eso.

Por último recuerda que cuando estaba en la secundaria, y un amigo que le gustaba le dijo que si quería ser su novia, y ella le dijo que si, enterándose a través de sus hermanos, su padre, le dejó de hablar lo que fue muy doloroso para ella, siendo algo que aún tiene presente.

4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

La construcción del caso, será realizada a través de la descripción y el análisis de tres categorías, con sus respectivas sub-categorías, sustentadas dentro del marco teórico expuesto nos permitirá ver los ejes principales tanto de la triangulación edípica, el tercero excluido así como de la problemática de la paciente histérica. Dentro de cada categoría se exponen fragmentos del discurso de la paciente en distintos momentos del proceso terapéutico que ilustra dicha estructura y forma de funcionamiento psíquico.

4.3.1 “Relaciones edípicas”:

La teoría clásica de Freud, entendía la histeria como resultado de los cambios y conflictos que se presentaban en la fase fálica del desarrollo psicosexual, es decir, a partir de los complejos de castración y Edipo.

Esta categoría ilustra en la paciente la manera en cómo se vincula en las diferentes esferas de su vida, desde su familia, hasta sus im-posibles relaciones de pareja.

...“a veces mis papás pelean, y cuando lo hacen todo me lo dicen a mí, no sé porque siempre yo, si mis hermanos ni siquiera se enteran de la situación y a mi es a la que todo el tiempo le están diciendo lo que

pasa, siempre estoy en medio de ellos, intentando que de alguna forma todo este bien, siempre quiero estar ahí”....

Sesión No.4

“La relación que tengo con mis padres es distinta, cuando mi madre me regaña, siento mucho coraje y le contesto, al grado de decirle cosas con las cuales yo me siento mal, pero es que a veces ni siquiera puede administrar las cuestiones de la casa, y con mi padre es distinto, cuando me regaña me da mucho sentimiento y no puedo contestarle nada, me da miedo que se vaya a sentir mal..”

Sesión No. 20

A través de estos fragmentos del discurso de Tania se puede observar cómo vivió su infancia y como ha sido la relación con sus padres, una relación ambivalente en donde siempre ella quedo en medio de los dos, siempre era la que estaba ahí cuando se enojaban y tenían discusiones, la que sostenía la relación. Nos permite observar como era el vinculo con sus padres, una madre devaluada para la cual lo que ella hacía nunca era suficiente, siendo su hermano el preferido, sin posibilidad de retener a su padre y un padre autoritario, a la vez enfermo, sintiéndolo incapacitado, por ya después su enfermedad del corazón.

En la adolescencia Tania comienza a tener problemas en sus relaciones personales con sus amigos siendo siempre la excluida del grupo y comienza a

darse cuenta que por mas que tiene la intención de concretar una relación de pareja no puede, ya que siempre termina siendo la tercera excluida, eligiendo a personas con las cuales desde un inicio sabe que no podrá llegar a nada serio, poniendo una barrera que la deja en la insatisfacción.

Según Joel Dor (2006), Si fundamentamos, el objeto del deseo Edípico, el falo es aquello de lo cual el histérico se siente injustamente privado, no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino ante aquel que supuestamente lo tiene.

En este sentido, el histérico no interroga en la dinámica de su deseo ante el Otro, el cual siempre detenta supuestamente la respuesta al enigma del origen y del proceso del deseo en cuestión.

La vinculación del complejo de Edipo explica que esa vivencia de carencia-castración, incompletud, inferioridad, etc.- involucre siempre la identidad sexual y se exprese como un no tener lo que hay que tener (Freixas, 1997) para formar parte de la pareja idealizada que fantasea el paciente histérico, lo que condenará a la falta de reconocimiento y la exclusión.

4.3.1.1 Relación con el padre:

Para Tania la concepción de su padre cambió de la infancia a la edad adulta a causa de la enfermedad que le dio del corazón, antes de eso, ella lo veía como

una persona autoritaria y de carácter fuerte, incluso pensando que en algún momento le fue infiel a su mamá y después de la enfermedad como una persona incapaz de hacer las cosas por miedo a que le pase algo, o pueda recaer.

Ella se siente culpable por la enfermedad ya que cuando era pequeña que escuchaba los pleitos de sus papás, a causa de que él llegaba muy tarde y tomado, ella decía una frase “Por favor Diosito toca su corazón” y en un tiempo, se enfermó del corazón y dejó de hacer todo lo que hacía antes.

Le preocupa mucho la salud de su papá al grado de querer hacerse cargo de la familia, comenzó a trabajar con ese fin, apoyando en los gastos de su casa, quedándose sin dinero para ella, con tal de satisfacer las necesidades y lo más importante que su papá esté bien y no se mortifique porque le puede afectar.

“Le voy ayudar a mi papa, aunque el es muy orgulloso y dice que me seguirá dando dinero, yo le dije que no, pero el dice que si, que lo ahorre, y a mi hermana le acaban de comprar una laptop y yo se la quiero regalar, es en pagos y no esta pesado y me dijeron que si”...

Sesión No. 5

“A mi me mortifica mucho mi papa, por lo de su problema, porque el no puede molestarse mucho, o al menos eso es lo que no quiero,

porque le puede afectar, está enfermo del corazón, y le dijeron que no podía hacer muchas cosas”.

Sesión No. 15

En Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora) S. Freud (1905[1901]), podemos ver que el padre de Dora, era la personalidad dominante del grupo familiar, ella profesaba un gran cariño a su padre, aunque su espíritu crítico no dejara de estar presente en ciertos actos y singularidades del mismo. Dora había visto a su padre afectado de grandes dolencias, que intensificaron ese amor especial que Dora sentía por él.

La demanda de la histérica, tiene que ver con esa búsqueda de la identidad, y la insatisfacción que siente, es el resultado de no obtener respuesta ante esa búsqueda, la histérica voltea a ver el padre considerando que él le brindará lo necesario para afirmar su feminidad, sin embargo no encuentra respuesta porque no la tiene y esto es lo que provoca en el vínculo de la histérica y su padre la dualidad dependencia-dependiente, como forma de obturar la falta del padre y la suya propia.

Toda la economía en términos emocionales de la histérica, se agota y caduca en la puesta a prueba de la potencia paterna, en esta incesante búsqueda de por un lado, la atribución fálica que le provea de un signo de feminidad y por otro,

mantener y padecer el lastimoso estado de la insatisfacción. En la búsqueda de un padre como jamás existió. (Dor, 2000)

4.3.1.2 Relación con la madre

En el caso Dora, la relación entre ella y su madre era desde hacía muchos años muy inamistosa. La hija no hacía caso a su madre, la criticaba duramente y se había sustraído por completo a su influencia. (Freud, 1905)

La relación de Tania y su madre nunca ha sido buena, menciona que nunca pueden estar de acuerdo y son muy diferentes, a pesar de que en su físico, las dos son morenas, lo que la hace sentir menos.

Ella se queja de que le platicaba cosas que habían pasado entre ellos, con el fin de que ella viera mal a su papá y a la familia de él.

La considera como mala administradora de la familia, ya que piensa que no se sabe organizar y nada más se está quejando cuando su papá lleva la quincena a su casa, porque piensa que es muy poco.

Cuando se enoja con ella, menciona que le habla muy feo, que todos la tratan muy mal, y al final, termina arrepintiéndose de lo que le dijo.

Paciente:..."No me gusta mi físico, no me siento bonita, además que en mi casa siempre me han dicho negra, mi papa mis hermanos

son blancos y mi mama es morena pero no tanto, de hecho yo pensaba que mi mama si se llevaba bien con mi abuela mamá de mi papá, y resulto que no, que no la quería porque era morena”...

Sesión No.12

....yo siento que la relación con mis papás es diferente, por ejemplo, con mi mama, cuando me dice algo que no me parece si le contesto, y a veces le hablo mal, es que me da mucho coraje que ella prefiera a mi hermano, que a mí, y mi hermana...

Sesión No.11

De acuerdo con Andrée Green(2002), “la falta de la madre respecto a su hija, debe ser tomada como una doble falta: falta del significante de una identidad femenina por una parte y falta del falo por la otra”

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

4.3.1.3 Relaciones en la familia

En su familia ella se vive como carente de afecto, tanto de su padre, madre, como de sus hermanos.

La manera en cómo se vincula dentro de su familia tiene que ver con esa necesidad de ser vista y reconocida por los otros, tiene una tía, de la cual habla y la considera significativa en la familia, es hermana de su mamá, la mayor y la que sostiene, debido a que le dio estudio a todas sus tías, menos a su mamá, porque ella no quiso y ayuda a su papá cuando se queda sin trabajo prestándole dinero, él pagándole con trabajo arreglándole casas de renta y un rancho.

La identificación de Tania, esta puesta en su tía, porque la ve como portadora del falo, menciona que quisiera ser como ella, que a diferencia de sus papás ella sí estudio, y tiene la posibilidad de ayudar y sacar adelante a su familia.

“... Cuando sea grande, me gustaría ser como mi tía Dany, ella siempre ayudo a todas mis tías a estudiar y es la que nos ha ayudado cuando nos va mal económicamente, mas cuando paso lo de la enfermedad de mi papá...”

Sesión 11

4.3.1.4 Relaciones con las posibles parejas

Tania manifiesta imposibilidad por concretar una relación de pareja. Cuando se siente atraída por una persona resulta que esa persona tiene algo por lo que no le puede corresponder como ella quisiera, siendo para ella no significativo, ya que sigue insistiendo en que la relación se va a dar en algún momento.

Paciente:....."Decidí dejarle de hablar a un amigo que tuve en la prepa, a él si lo llegue a querer, pero nunca se dio nada, cuando yo lo conocí platicábamos y me gustaba, cuando entre a la facultad, al menos ya no fue lo mismo que cuando estábamos en la prepa, después de un tiempo, volvimos hablar, no igual pero si hablamos y el tenía novia,

Terapeuta: ... Tenía novia?

Paciente: ...Sii, yo sabía, pero la verdad si me enamore de él, y si hubo besos y así, una vez me dijo que (todavía me acuerdo y no puedo creer lo tonta que era), ya iba a cortar a su novia por que no se sentía a gusto, y que cuando terminara la relación le iba a dar la oportunidad de que fueran novios, y en ese momento, le llego un mensaje de una chava que también era su amiga, declarándole que ella siempre lo había querido, estábamos agarrados de la mano, y me soltó y empezó a decir que no podía creer que le gustara a ella, y se olvido de mí, es por eso que mejor me aleje, de hecho hay otro chavo que anda por mi "la que no tiene pretendientes, me dicen", pero me hostiga mucho, es de que me manda poemas, y así bien cursi, y yo no soy así detallista, yo le digo a qué bonito, pero nada más, de hecho yo no soy nada femenina, no me considero así, bueno, mi mama casi no se arregla, mi hermanita es menor que yo, pero ella si se ve que se va

arreglar mas, pero yo no, nunca me ha llamado la atención, siento que es como una barrera a no verme frágil,

Terapeuta:Y entonces como te ves?

Paciente:... Pues es que cuando yo estaba chiquita, un vecino me toco entre las piernas

Terapeuta: ... Cómo fue?.

Paciente: ... Yo tenía como 6 años, y él como 11, estábamos cerca de mi casa, y estaba él y su hermano más grande, yo me acuerdo de que paso eso, y yo me fui corriendo a decirle a mi mama, me acuerdo que le mando hablar, llego y le dijo, pero no me acuerdo si mi papa supo, si le dijeron a sus papas, y ahora lo veo y si nos saludamos, pero ya es poco lo que yo convivo ahí en mi colonia.

Terapeuta: ..que recuerdas de ese momento?

Paciente: No, yo no me acuerdo de cuando paso, entonces yo siento que no soy tan femenina porque quiero que me vean y piensen que conmigo no pueden, porque yo les contesto y no me dejo, en cambio si me veo femenina me veré frágil y me pueden hacer eso otra vez.

Sesión No. 2

Podemos ver a través del fragmento, como es su forma de vincularse con sus posibles parejas. De manera consiente ella quiere tener una relación de pareja, pero al momento de querer concretarla, parte de un imposible, terminando siempre

con personas que ya están ocupadas, y si no están en lo real, ella imagina que vendrá alguien mejor que ella a quitárselo, terminando siempre insatisfecha siendo el tercero excluido.

Según Nasio (2008), menciona que el histérico es fundamentalmente un ser de miedo que, para atenuar su angustia, no ha encontrado más recurso que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida, el penoso estado de la insatisfacción.. Mientras este insatisfecho, me hallaré al resguardo del peligro que me acecha. ¿A que le teme el histérico?, Al peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo.

Es por eso que la histérica busca alimentar el descontento con el Otro, unas veces fuerte y supremo, otras débil y enfermo, siempre desmesurado para nuestras expectativas y siempre decepcionante ya que cualquier intercambio con el Otro, conduce inexorablemente a la insatisfacción.

4.3.2 “Tercero excluido”

Esta categoría nos muestra como siempre Tania queda excluida en sus relaciones ya sea con sus iguales o de pareja.

“Últimamente he tenido muchos problemas con mis diferentes amigos, de tantas cosas que hemos pasado la verdad no se por dónde empezar (te escucho), bueno yo tuve un problema con dos amigos de la facultad, Mickey y Karen, yo conocía a los dos y por medio de mi ellos se

conocieron, conforme fue pasando el tiempo yo y mi grupito nos dimos cuenta que ellos se gustaban y yo fui su Cupido, hasta que comenzaron a ser novios, y pues de ahí comenzaron los problemas, porque Mickey se acercó más a mí, y Karen se alejo, hasta que me excluyeron y me dejaron de hablar....

Sesión No. 1

... Luego también pienso en Diego, yo se que ya vamos a salir de vacaciones, pero comencé a sentir muchas ganas de decirle que lo quiero mucho, aunque sé que es algo imposible y ya no se puede dar nada, [por que ya no se puede dar nada?], pues porque no funcionó, el tiene una forma de pensar muy diferente a la mía, pero demasiado y eso hace que no se pueda, también es porque ya estuviéramos cumpliendo 1 año, y me hizo recordarlo, no se sí decirle algo porque no se cómo va a reaccionar y que me va a decir y a eso le tengo miedo, siento que sólo va a decir, a esta bien y no sé. [y que esperas que diga?], Pues no sé, con eso de que aun tiene novia....

Sesión No. 13

Para entender la personalidad histérica, hay que tomar en cuenta el sentimiento de carencia que el histérico experimenta, y que trata de negar a toda costa. El paciente histérico es alguien que “no encuentra nada en si” y por lo tanto, “lo

busca fuera de sí”. Alguien que solo encuentra su significación en los demás. La descripción de esa carencia recurre a diversas formulaciones: inferioridad, “falta de ser”, vacío, incompletud, castración, etc.

‘Para el psicoanálisis, lo característico de la histeria, es la estrecha y peculiar asociación que esa vivencia de carencia mantiene con el complejo de Edipo.

La clínica psicoanalítica sugiere que esa vivencia de carencia se originó con los problemas de triangulación; en la confrontación con una pareja de padres diferenciada, ante la diferencia de sexos y de generaciones (Green, 1992).

En los pacientes histéricos, esa vivencia de carencia se actualiza ante los conflictos de triangulación, ante aquellas situaciones en las que la presencia de un tercero amenaza con la exclusión o la falta de reconocimiento. Otras veces nos muestra como los pacientes histéricos utilizan las relaciones triangulares para negarla.

4.3.2.1 La histérica como tercero excluido

La vida amorosa de Tania no ha sido muy satisfactoria para ella, ya que las personas con las que intenta formar una relación, la terminan viendo como “la mejor amiga” “el pañuelo de lágrimas” En esa imposibilidad ella siempre termina siendo la excluida, ya sea por que las personas con las que intenta formalizar una

relación ya tienen novia, les gusta alguien más y si no hay alguien en lo real, la imagina, suponiendo que puede llegar alguien mejor, y le guste más que ella.

Menciona que algo significativo de quedarse sola, es que ella espera a que el otro, le diga primero lo que siente, no mostrando interés en él, ya que si le demuestra algo, el puede confiarse de su amor y alejarse. Pero en el momento en el que, él deja de demostrar interés ella voltea y lo ve, intentando hacer todo para llamar su atención.

... después de un tiempo, volvimos hablar, no igual pero si hablamos y el tenía novia, yo sabía, pero la verdad si me enamore de el, y si hubo besos y así, una vez me dijo que (todavía me acuerdo y no puedo creer lo tonta que era), ya iba a cortar a su novia por que no se sentía a gusto, y que cuando terminara la relación le iba a dar la oportunidad de que fueran novios, y en ese momento, le llego un mensaje de una chava que también era su amiga, declarándole que ella siempre lo había querido, estábamos agarrados de la mano, y me soltó y empezó a decir que no podía creer que le gustara a ella, y se olvido de mi, es por eso que mejor me aleje...

Sesión No.2

Paciente: .. hay un chavo en el cine que me gusta se llama Nelson, bueno no me gusta pero algo de el me atrae.

Terapeuta: ..Como esta eso..

Paciente:....Pues es que yo siempre me fijo primero en el físico, y la verdad es que el no me gusta, pero su forma de ser sí, y tengo un amigo que trabaja ahí misma, que es gay, platicamos mucho, siempre me dice todo, le dicen Perry, a él si le gusta y siempre me habla de él, y dice que Nelson le habla de mi, entonces no se, además de que es ex novio de mi amiga que trabaja ahí, ya hace como 2 años que nada que ver, ella ni lo quería, y pues bueno, ya ve, yo creo que por eso me gusta, porque no puedo andar con él, es imposible.

.....

Paciente: ...siento que lo de Nelson si es enserio porque la vez pasada lo vi, y sentí cosquillas en el estómago, y luego una vez que estaba comiendo también y sentí raro, pero la verdad no quiero que me guste, porque tengo miedo que si salimos, me decepcione y luego diga que siempre no, y es que ha hecho cosas que pues digo, si le gusto, aun que me da un poco de miedo que entren chavas nuevas, no creo que me cambie, por que varias veces me ha pedido

que me vaya con él en el camión, me ha dicho que me espera y una vez, le dije que sí, y me espero mucho tiempo y a la mera hora mis papas llegaron por mí, entonces la verdad es que me dio cosa pero. Le dije que no podía irme con él, y se fue solo y aun así, me sigue esperando.

Sesión 21

Nasio (2008) menciona que la paciente histérica se identifica incluso con la fractura de una pareja y encarna la insatisfacción que dicha ruptura aflige y que en éste conflicto siempre ocupará el lugar de excluido y dicho lugar explica la tristeza. Freud en 1893, plantea que el paciente histérico padece por la mayor parte de reminiscencias, ciertos eventos que ocurren en la vida infantil del paciente, producen efectos durante años, el dolor psíquico se reactiva en un momento posterior.

Vemos como el lugar que ha tenido siempre desde su infancia es estar en medio, para después quedar fuera de la relación, de alguna manera en la insatisfacción.

4.3.2.2 Las otras que excluyen

En la neurosis histérica es frecuente encontrar a la otra mujer, es decir, otra mujer que entra a jugar un determinado papel en la relación de la histérica con su pareja, conformándose un triángulo en el que esa otra desempeña una función con

relación a su pareja. La histérica suele demandarle a su pareja –esposo, novio–, ser la única en la vida de él; ¿cómo explicar la intervención de una tercera persona, si es justamente de eso de lo que ella se queja?

“.....estábamos conectados en facebook, y vi una imagen de una conversación que decía, hay ya bye ya no te voy hablar y al siguiente día Hola, y me dio mucha risa porque así era su ex novia con él y me acorde, le mande la foto y le puse a que te recuerda?, y se ríe y escribe ya sé y ya así quedo...

Sesión No. 20

“.. Estoy saliendo con un chavo, no sé qué es lo que me atrae de él, si no es mi tipo, aaa sí, ya se, que es complicado, porque a una chava de mi salón le gusta, aun que bueno, ella no se compara conmigo, aun que si es bonita es muy vale madre, sale con todos y dicen que tiene relaciones con ellos y yo nunca podría ser así, eso no está bien”..

Sesión 15

A través de este fragmento se puede observar como Tania siempre busca ese otro que ya está ocupado, compite por ser la mejor desde lo esperado socialmente y al ver que los hombres con los que ha salido prefieren lo que para ella está mal, se termina quejando de quedar como la mejor amiga o el pañuelo de lagrimas,

preguntándose porque no se permite hacer muchas cosas como las demás, terminando siempre en la insatisfacción.

La otra mujer desempeña un rol fundamental en la estructura clínica de la neurosis histérica. La pregunta inconsciente fantasmática que sostiene la histérica es: “¿qué es ser una mujer?”, pregunta que ella se hace porque ella, en el paso por el complejo de castración, por no tener el falo, queda del lado del ser. El problema con la diferencia sexual es que sólo existe un significante para señalar dicha diferencia: el falo. cómo respondemos la pregunta por qué es ser mujer? Así pues, la diferencia fundamental entre hombres y mujeres es esa diferencia radical entre el ser y el tener, la diferencia sexual se inscribe en el inconsciente en términos fálicos, como una presencia-ausencia -los niños tienen falo, las niñas no lo tienen-. Ese “no lo tengo” de la mujer es lo que la lleva a preguntarse ¿qué es ser una mujer?.

4.3.3 Transferencia

La transferencia que se vivió durante el análisis fue positiva, al comienzo del tratamiento a Tania se le dificultaba mucho hablar de sus afectos, siempre hablaba de los demás sin voltear a verse a sí misma, quejándose a la vez que siempre se quedaba fuera de los grupos y sin poder concretar una relación de pareja sin saber por que, conforme paso el tiempo, se pudo señalar como es que ella sola

se excluye en los vínculos que forma en las diferentes esferas de su vida, al siempre estar ausente y poner primero a los demás, no darse un lugar, como en la infancia cuando estaba en medio de sus padres con miedo a que se separaran, sin la posibilidad de hacer algo para solucionarlo

“....comienza diciendo estaba hablando con mi papá, es que siempre es lo mismo ya le dieron el crédito para lo de la compra del carro, y a lo mejor completa una parte del dinero que le debemos a mi tía, un poco más de la mitad, pero pues se le descompuso el carro, y no puede estar parado porque pues no saca dinero, lo bueno es que hoy me pagan a mi, y yo le dije ayer a mi mama porque ayer se descompuso el carro, que yo le ayudaba si ocupaba, ese dinero me quería comprar cosas, ya había pensado, pero buen, ya no voy a poder, que cosas?, pues una tablet, en el trabajo andan vendiendo unas y son en pagos, cuestan 2mil pesos, y hay que ir pagando por quincena 500 pesos, y también ropa, pero pues ni modo...”

Sesión No. 10

“.....con Cesar fui igual, yo lo quería bastante, lo protegía y cuidaba mucho, era muy atenta, y le solucionaba todo, me preocupaba por él, iba mucho a su casa, y por ejemplo si salíamos, yo me iba a su casa y de ahí nos íbamos, y de regreso yo me bajaba ahí, y después sus papas me llevaban a mi casa o me iba en camión, pero para que el no batallara y al final no anduvimos por que dijo que no quería lastimarme, o hacerme daño, [y como te lastimarían? O te harían daño?] pues es que todo les vale, y dicen

que yo no me merezco que me fallen, bueno Dany no tanto, pero porque siempre me pasa lo mismo, siempre me fijo en los que no se pueden y los que son diferentes y me han dicho que me quieren, a mi no me interesan y busco cualquier cosa para convencerme que no, y una vez mi papa estaba platicando con mi mama, y dijo la que nos puede hacer abuelos mas pronto es Brenda, y yo achis, yo soy la mayor!!...

Sesión No. 20

A través de estos fragmentos podemos ver como ella sola pone primero a los otros sin la posibilidad de voltearse a ver a sí misma, para después quedar en la insatisfacción ya que por “buena” hace lo esperado socialmente, quedando excluida de cualquier relación, eso mismo haciendo a través de su discurso, dentro del análisis.

Durante el proceso afirmaba todo señalamiento por parte del analista, en ese momento intentaba analizar el porqué, e incluso durante las sesiones, mencionaba aspectos que había señalado o interpretado la analista anteriormente.

4.3.3.1 Identificación con la analista

El aspecto físico de Tania, desde que llego a sesión era muy casual, usaba pantalones de mezclilla, playeras, tenis, el cabello recogido, sin aretes, ni maquillaje, mencionando que a ella no le gustaba arreglarse, sin embargo era una

queja constante ya que decía que sus amigas siempre se veían bien, igual que su hermana.

Al ir analizando esa situación, en una sesión mencionó que ella no le gustaba a los hombres porque no era igual a las demás, ella nunca se arreglaba y por mas que se arreglara, se veía igual,

...”Tania llega a sesión y comenta.. “no la reconocí, no sé porque, pero la veo diferente” (En esa ocasión la analista se había pintado el cabello)...hoy me iba a poner otros zapatos pero mi hermana se los puso primero, ya se los había pedido pero ella no sostiene lo que quedamos, me choca que siempre se esté arreglando y le vaya súper mal en la prepa, por cierto ella también se pinto el pelo, y a ella le quedo súper mal”...

Sesión No.6

A través de este fragmento se puede observar como Tania ve como rival a las mujeres que se “arreglan” por que para ella, ellas si son deseadas por un hombre, de alguna manera poniendo eso en la figura del analista, como rival ya que ella se considera diferente a las demás sin posibilidad de cambiar.

.... “ yo creo saber porque no me gusta arreglarme, me da miedo verme frágil para los hombres, prefiero que me vean fuerte, me da

miedo que me pase lo que viví cuando tenía 6 años, que mi vecino me toco entre las piernas, no se es raro, porque antes si usaba ropa bonita, y no sentía eso, y después todo cambió”

Sesión 24

El “arreglarse” es visto por Tania como fragilidad ante los hombres, paradójicamente, se considera diferente a las demás, poniéndose en un lugar de desdicha por que “arreglándose” es como ve que los hombres prefieren a las mujeres..

La analista, viste de manera femenina, portando la mayoría de las veces accesorios que decoran el atuendo.

Algo significativo, es que mencionó que a ella no le gusta su tono de piel aperlada, (en una sesión anterior exclamo que ella y su mamá son las únicas de su familia que tienen la piel aperlada), y se siente fea, y que hay personas que también la tienen así y están bonitas.

Conforme se fue analizando, poco a poco la paciente fue cambiando su aspecto físico, se puso aretes, se peina el cabello, ya no solo usa tenis, y su vestimenta es mas femenina.

Siempre hay un ideal al que el histérico rinde sacrificio sin condiciones, el afán de perfección va a movilizar sin descanso a la mujer histérica. Se trata de encontrar

sus soportes privilegiados en ciertos estereotipos culturales e ideológicos, comenzando por la colusión entre lo bello y lo femenino.

“... Tania llega puntual a sesión, su aspecto físico es mas femenino, se puso aretes, se peino el cabello, cambio la mochila por una bolsa, incluso su vestimenta es mas femenina, cambiando tenis por flats...”

Sesión 38

Una cosa es comprobar hasta qué punto en la mujer histérica la preocupación por lo bello es una constante persecutoria, y otra ver como lo bello viene a encimarse con lo femenino al precio de suplantarlo. Curiosamente esa preocupación por la belleza y el ideal de perfección se expresa casi siempre de modo negativo. “no soy lo bastante eso”, “soy demasiado aquello”, “soy fea”, “mi cuerpo debería ser así”, “mi rostro debería ser así”, etc. Es decir, otras tantas formulas que vienen a justificar la exigencia de belleza que atormenta sin descanso a la histérica (Dor, 2000)

Una histérica puede identificarse gustosamente con otra mujer si se supone que esta conoce la respuesta al enigma del deseo.(Dor, 2000)

CAPITULO 5
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Por medio de este análisis de estudio de caso, podemos ver como la paciente que llevo aquejada por la imposibilidad de concretar una relación de pareja, quedando siempre excluida causándole mucho dolor, a través de una escucha basada en el modelo psicoanalítico y la asociación libre, fue encontrando como es que siempre ella sola se coloca en ese lugar de excluida, desde un inicio, buscando personas con algún compromiso, siendo eso poco significativo para ella, dando todo, sin recibir nada a cambio, quedando siempre atrapada en esa insatisfacción propia de la histérica.

Analizando las 3 categorías, con sus respectivas sub-categorías, pudimos explicar aspectos de la paciente que se relacionan con una estructura histérica, como las relaciones edípicas , la relación con su padre, su madre, familiares y con sus posibles parejas, a través de ello, logramos conocer la manera de vincularse y de su deseo por tener el falo, su falta.

También analizamos las relaciones triangulares ella como tercero excluido, y por último la identificación con el analista y la pregunta sobre la feminidad en la transferencia.

La transferencia durante el proceso fue positiva y cálida, en un marco de confianza mutua, personalmente puedo decir que me siento satisfecha con el trabajo que

logramos durante el proceso, ya que durante dos años se pudieron ver movimientos importantes en la vida del paciente

Este análisis de caso me deja una gran enseñanza en relación a la técnica de la clínica psicoanalítica, ya que es maravilloso trabajar con un paciente, pudiendo ligar la teoría, demostrando que si bien es una clínica de caso por caso, hay similitudes en las estructuras en este caso, la neurosis histérica.

Para finalizar, quiero agradecer a cada uno de los maestros y supervisores por transmitirme esa pasión por el psicoanálisis, por despertar en mi, las ganas de seguir aprendiendo cada día más.

BIBLIOGRAFÍA

- Roudinesco E., Plon M. 1998, *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós,
- Dor, J. (2000). *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Israel, L. (1979). *El goce de la histérica*. Editorial: Argonauta
- Nasio. J. D. (2008). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Paidos
- Laplanche, J. y Pontails, J,-B (1993). *Diccionario de Psicoanalisis*. Barcelona: Labor.
- Echeverria R. (2012) *La vivencia del sí mismo y de la identidad en el paciente histérico*, Revista de la sociedad española del psicoanálisis. Numero 4. Junio 2012
- Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1893- 1895). Señorita Elisabeth von R. En S. Freud. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905[1901]). Fragmento de un análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905) Tres ensayos para una teoría sexual *Obras completas*. Amorrortu Editores, Buenos Aires
- Etchegoyen, H. R. (2005). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1912). Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalitico. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires : Amorrortu

- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del Tratamiento. En S. Freud, *Obras Completas*. . Buenos Aires : Amorrortu
- Freud S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En S. Freud, *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud y Beuer, J (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu
- Muñiz, M, (2008). *Perspectivas de la Psicología Clínica*. Monterrey: Universidad Autónoma de San Luis, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Muñiz, M., & Vanegas, G. (2011). *Manual de Anteproyecto. Estudio de Caso*. Monterrey: Facultad de Psicología UANL.
- Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucía, M. d (2010). *Metodología de la Investigación*. Perú: Mc Graw Hill.