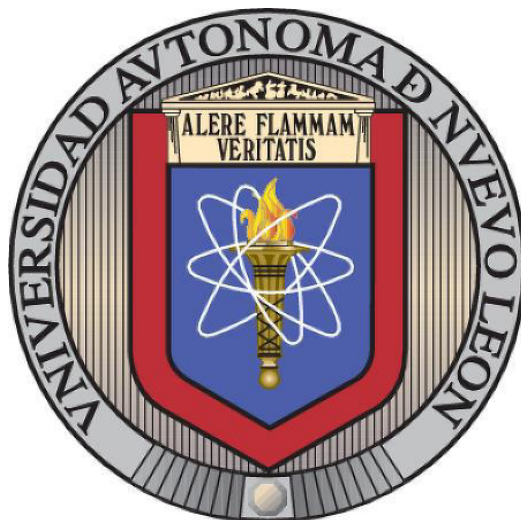


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**ANDO POR LA VIDA BUSCANDO
¿NO SE QUE?... MITOMANÍA, HISTERIA E IDENTIDAD MASCULINA**

PRESENTA

LIC. ANA CECILIA SILVA SÁNCHEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MAYO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS

**ANDO POR LA VIDA BUSCANDO
¿NO SE QUE?... MITOMANÍA, HISTERIA E IDENTIDAD MASCULINA**

PRESENTA

LIC. ANA CECILIA SILVA SÁNCHEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

MAYO DE 2017

AGRADECIMIENTOS

De los que me han acompañado en este esfuerzo, muchos han estado antes de iniciarlo, otros fueron fundamentales para la decisión de emprenderlo y otros han ido apareciendo felizmente a lo largo del camino.

Agradezco a mi director de tesis Dr. Guillermo Vanegas Arrambide por su tiempo y guía a través del proceso y a mis sinodales el Dr. Manuel Guadalupe Muñiz García y la Profra. Carmen Hernández por haberse tomado el tiempo para revisar la tesis.

Agradezco a mis profesores de posgrado de UANL por transmitirme el psicoanálisis y enseñarme la teoría. A mis supervisores Profra. Graciela Navarro, Lic. Nilda Salazar, Dr. Guillermo Vanegas y la Profra. Virginia Navarro, por guiarme sobre todo en los momentos mas difíciles y desesperación de los casos, por tener siempre una oportuna recomendación.

Pero sobre todo agradezco a mis padres por apoyarme para realizar lo que me gusta.

RESUMEN

El presente trabajo se aborda desde la teoría psicoanalítica y contiene el análisis de caso de un hombre con neurosis histérica. El paciente estuvo asistiendo a terapia un año y medio. Se estuvo trabajando una vez por semana.

El paciente dice acudir a terapia porque se ha sentido muy ansioso y que por las noches no puede dormir. Anteriormente asistía a terapia conductual, pero que los ejercicios de relajación no le funcionaron. Al poco tiempo de estar el paciente se fue dando cuenta que tenía muchos conflictos, pero que le daban miedo saber cuáles eran. Una de las resistencias más constantes era que el solo iba a terapia porque la facultad se lo pedía.

El trabajo plantea como objetivo general analizar la fantasía, mitomaníaca como elemento estructurante en un caso de histeria masculina. Los objetivos específicos que se desarrollan son: analizar la estructuración edípica y el lugar del padre en una histeria masculina, los elementos narcisistas en un cuadro de histeria masculina y por último, la mitomanía como un elemento en la estructuración de la identidad

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: ANTEPROYECTO DEL REPORTE	
1.1 Antecedentes	8
1.2 Objetivo General	11
1.3 Objetivos Específicos	11
1.4 Supuestos	11
1.5 Limitaciones Y Delimitaciones	12
1.6 Justificación	13
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1 Contexto sobre la histeria	15
2.2 Conceptualización freudiana	20
2.3 El complejo de Edipo según Sigmund Freud	23
2.3.1 El complejo de Edipo según David Nasio	24
2.4. Identificación	25
2.4.1 La mitomanía	29
2.4.2 Narcisismo	30
2.6 El histérico y su relación con el sexo	33
2.7 La conversión	34
2.8 Rasgos Estructurales	35
2.9 La Fantasías Históricas	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Método cualitativo	38
3.2 Modelo psicoanalítico.	40
3.2.1 Dispositivo analítico	40
3.2.2 Encuadre psicoanalítico	42
3.2.3 Proceso analítico	42
3.3.4 Instrumento	44
3.3.5 Procedimiento	44
3.3 Técnicas y estrategias de intervención	45
3.4 Instrumentos para recabar información.	45
3.5 Instrumentos de concientización	46
CAPÍTULO IV: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO	
4.1 Historial clínico	47
4.1.1 Motivo de consulta	50
4.1.2 Demanda de tratamiento	50
4.1.3 Sintomatología actual	50
4.1.4 Impresión diagnóstica	50
4.2 Estructura subjetiva	51
4.2.1 Contexto familiar	51
4.2.2 Figuras significativas	52
4.2.3 Estructuración edípica	54
4.2.4 Eventos traumáticos	55
4.2.5 Perfil subjetivo	56

4.2.5.1 Maneras de interacción	56
4.2.5.2 Rasgos de carácter	56
4.2.5.3 Recursos yoicos	57
4.2.5.4 Mecanismos de Defensa	57
4.3 Construcción del caso clínico	58
4.3.1 Soy el mejor y me merezco lo mejor - Narcisismo	58
4.3.2 El circulo vicioso de la mentira	63
4.3.3 Mis novias las más padres	65
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	
5.1 Síntesis de la intervención clínica	70
5.2 Discusión y conclusiones personales	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es sobre un paciente de histéria masculina, mediante el cual se pretende analizar con mayor profundidad, la estructuración edípica y el lugar del padre, los elementos narcisista, así como la mitomanía como elemento en la estructuración de la identidad en un cuadro de histeria masculina.

El planteamiento de estos temas surgen a partir del discurso de la paciente que en la mayoría de sus sesiones habla acerca de su necesidad de ser reconocido.

Para analizar esta conducta se trabaja sobre todo con la asociación libre por parte de la paciente y la atención libre flotante por parte de la terapeuta, así como también haciendo señalamientos.

El escribir sobre un caso clínico lleva una función indiscutible de formación y es de suma importancia, un elemento fundamental para el entendimiento clínico de un caso La histeria es un lenguaje. A nosotros, terapeutas, nos toca descifrarlo y superar el rechazo que puede provocar la histeria, para ir más allá y aceptar ser enseñada por ella.

La mayoría de los textos utilizados para poder trabajar en este caso son de los siguientes autores S. Freud, J. Nasio y J. Dor, el cual se hizo énfasis en la mitomanía como el elemento estructurante en la identidad masculina, el narcisismo y el estructuración edípica.

Para desarrollar el caso, se partió de tres categorías; la primera categoría se nombro “ soy el mejor, me merezco lo mejor “ haciendo referencia al narcisismo. “ El circulo vicioso de la

mentira” para analizar la mitomanía como un elemento. “ Mis novias las mas padres “ para hablar sobre esa estructuración edípica.

El presente estudio está compuesto por cinco apartados en donde se abordan las particularidades de la investigación clínica.

En el primer capítulo se describe el contexto de la investigación, los objetivos y supuestos que orientaron la indagación psicoanalítica, así como las limitaciones del estudio.

El capítulo dos contiene la fundamentación conceptual, se abordo las primeras aportaciones de Sigmund Freud para explicar la Histeria, mas tarde se abordo el Edipo. Posteriormente contamos con la aportación de autores postfreudianos.

En el tercer capítulo se exponen la investigación cualitativa, se explica las líneas metodológicas que orientaron al estudio: así como también el dispositivo analítico que hicieron posible la intervención clínica.

En el capítulo cuatro. En este apartado se detalla el historial clínico del paciente, motivo de consulta, la demanda del tratamiento y el diagnóstico clínico. En la construcción de caso, donde se desarrollan las categorías analíticas que explican el trabajo realizado.

En el capítulo cinco exponemos nuestras conclusiones dentro del plano académico, asistencial y personal del investigador.

CAPITULO I: ANTEPROYECTO DEL REPORTE

1.1.-ANTECEDENTES

El encuentro de Freud con la histeria masculina tuvo lugar en Paris, en octubre de 1885, donde se había trasladado para asistir a las enseñanzas de Charcot. Un año más tarde, en Viena, expuso en la Sociedad de Medicina, la concepción de la histeria masculina que había aprendido del maestro de la Salpêtrière. Su primer trabajo clínico, presentado poco después para responder a un desafío del Profesor Meynert, consistía en el caso de Augusto P., el cual es calificado por Freud de histeria traumática.

Es así donde “La histeria masculina” sería entonces una pregunta clásica de la clínica freudiana, pese a la ausencia de un paradigma clínico incontestable y la relativa marginalidad de su abordaje en la literatura analítica, lo que resuena con la feminización, más corrientemente practicada, del género histérico.

La investigación psicoanalítica ha trabajado ampliamente la histeria. Incluso podríamos asegurar peligrosamente que la histeria inventó al psicoanálisis; el método de sugestión empleado por Freud y Breuer en Estudios sobre la histeria de 1893, en donde nos permite entender la primera aproximación que tuvieron para tales casos clínicos. Tras el abandono de Breuer de los casos en aquel tiempo, la historia nos muestra que Freud jamás se consideró a sí mismo como buen hipnotista, el maestro era Breuer. Tuvo que vérselas bajo dificultades distintas y hubo un momento importante frente a la paciente referida por Breuer, Anna O. Un momento donde ella elude el método de sugestión y protesta por el procedimiento ofrecido pobremente por Freud.

En un primer momento observamos una separación sustancial a la lectura de la historia que tiene el psicoanálisis en contrapartida a su época. Nos queda claro que desde tiempos anteriores, Freud ya había deslindado la penosa referencia etimológica de la palabra historia, no existe ningún tipo de correlación entre el útero y los síntomas histéricos conversivos. Incluso Freud aseguraba la existencia de cuadros histéricos en hombre .

En su esfuerzo por arrancar a la historia de las prácticas religiosas vigentes en su época, Hipócrates restó significación a la enfermedad, equiparando a la convulsión histérica con una “enfermedad ordinaria” como la epilepsia.

Charcot, Amo de Salpêtriére, inaugura en 1882 un servicio de neurología. Como médico especialista en anatomía patológica insiste en investigar la lesión causal de la historia y al no hallarla, inventa el concepto de lesión dinámica. Pero lo más importante es que introduce una nueva dimensión, mostrando, gracias a la hipnosis, la existencia de leyes que rigen los fenómenos histéricos.

La historia es una clase de neurosis que se presenta con cuadros clínicos muy distintos. La neurosis, entendida desde Freud, es un padecimiento de origen psicológico, en el que se presentan síntomas que son la expresión de un conflicto psíquico, cuyos orígenes están en los primeros años de vida, en el que el psiquismo se va estructurando a través de las fases del desarrollo psicosexual. Este conflicto, junto con el desarrollo psicosexual, determinan las formas en que el sujeto se defenderá del conflicto, es decir de la naturaleza de los síntomas.

La histeria tal vez sea, nos dice, “el cuadro neurótico descrito por Freud más estudiado, más debatido, en el sentido de que pasó al lenguaje popular como un término desfavorable (fulanito es un histérico o menganita, una histérica). “También es el cuadro, nos señala, más variado en sus formas de presentarse y más escurridizo a la hora de definirlo: los síntomas histéricos se caracterizan entre otras cosas por su variabilidad.

La histeria es en sus dos modalidades es de suma importancia para el psicoanálisis. En una primera instancia se convierte en el principal cuadro clínico a estudiar por este método terapéutico y de investigación (el psicoanálisis).

En la actualidad y con autores postfreudianos como David Nasio, nos encontramos esta definición de la histeria “ La histeria no es el trauma de una agresión exterior, sino la huella psíquica dejada por la agresión. Esta huella, demasiado cargada de afecto, aislada, penosa para el yo, debe entenderse como el origen del histérico. Además es provocada

Por una mala defensa del yo: la represión. Así pues, la histeria es llamada histeria de defensa (Nasio, 2005, pg. 151, 152).

Mi interés por escribir este trabajo que hable de la histeria masculina es ese deseo por hacer cada vez mejor trabajo clínico, en donde se le pueda ofrecer a los pacientes ese espacio, pueden entender ese sufrimiento y en lo posible tomar decisiones distintas.

1.2.-OBJETIVO GENERAL

- Analizar la fantasía mitomaniaca como elemento estructurante en un caso de histeria masculina.

1.3.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la estructuración edípica y el lugar del padre en una histeria masculina.
- Analizar los elementos narcisistas en un cuadro de histeria masculina.
- Analizar la mitomanía como un elemento en la estructuración de la identidad en un caso de histeria masculina.

1.4.-SUPUESTOS

- El histérico es producto de la estructuración edípica donde se vio excluido del amor de la madre.
- El narcisismo es un componente esencial en el cuadro histérico.
- Las mentiras se vuelven una necesidad ante la ausencia de satisfacción en los logros personales.

1.5.-LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El presente caso se nos muestra con dificultades en diferentes niveles. Siendo este un caso de la práctica de la Maestría en Clínica Psicoanalítica, nos ha permitido entender el caso en una forma de aprendizaje: una curvatura que nos permite aproximarnos cada vez, consideramos, con mas puntualización hacia el material que el paciente está dispuesta a trabajar.

También se debe tomar en cuenta las características institucionales con las cuales hemos podido recibir a la paciente. Debido a los horarios, faltas e inasistencias, el caso ha sido atravesado en un tipo de triangulación institucional inevitable de mantener. En si mismo condiciones normales de una institución tales como manejo de cubículos, calor, olor y ruido.

Uno de los aspectos que podemos ver dentro de la institución, el cual surgen inconvenientes, pero estas no dependen del paciente ni del terapeuta. en muchas ocasiones no se entregan los cubículos a la hora indicada, debido a retrasos de quienes estaban ocupando el cubículo en la hora anterior, así como también los asuetos que se llevan acabo en la clínica.

Se trabajó en base a la teoría freudiana y se encontraron lecturas de apoyo sobre todo en Joel Dor y David Nasio.

1.6 -JUSTIFICACIÓN

La investigación del estudio de caso, la práctica clínica, procedimiento que le permitirá al futuro clínico, disponer abiertamente su inclinación acorde con su formación, habilidades y capacidad en los contextos donde le corresponda actuar.

Los histéricos están principalmente ocultos detrás de diagnóstico somáticos y allí donde hay algún tipo de beneficio secundario que disfrutar como, la atención de las personas pero también en esas actividades donde uno brilla para que todos miren, pues el hombre histérico quiere que todos le quieran, no solamente las mujeres, disfruta ser el centro de atención.

Los seductores desean tener el control de la situación, y cuando lo consiguen pierden el interés y buscan la manera de comenzar nuevamente ese juego, convirtiéndose así en círculo vicioso de nunca acabar.

Esta investigación tiene como propósito profundizar los conocimientos sobre la histeria masculina y tener más claro el comportamiento del sujeto para ligarla con la estructuración edípica, los elementos narcisista y la mitomanía. Igualmente, la diferenciación con la histeria femenina.

Y al tener un mayor conocimiento teórico y poder aplicarlo en la práctica clínica, el cual le podemos ofrecer al paciente una mejor intervención.

En el dispositivo psicoanalítico nos ofrece la posibilidad de brindarle alternativas de bienestar al sujeto que acude con nosotros dándole lugar a su palabra y a sus síntomas.

Dentro de la experiencia en la clínica, si bien los pacientes que acuden a nuestra consulta no son los mismos que aparecen en los textos, es decir, que aunque la mayoría de los casos a los que nos enfrentamos en el día a día tal vez no representan una copia fiel de lo que nos aporta la teoría, razón que nos podría dificultar el dirigir una cura, es bien sabido que el funcionamiento psíquico del sujeto parte de postulados básicos cuyo conocimiento es indispensable para poder llevar a cabo el proceso terapéutico y, al mismo tiempo, brindarle una opción de mejora al paciente.

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEÓRICA

En este apartado se revisará la teoría respecto a la histeria masculina, tocando los puntos de su historia y de las definiciones.

Todo ello a partir de los escritos por Sigmund Freud. Posteriormente se revisarán autores como Joel Dor, David Nasio, y así entender mejor la neurosis histérica de la actualidad que se presenta en nuestros consultorios.

2.1 CONTEXTO SOBRE LA HISTERIA

Freud llegó a admirar más al maestro Charcot de la Escuela de Salpêtrière que a Bernheim, de la Escuela de Nancy, en cambio extrajo de ambas personas sus principales ideas, de Charcot la nueva conceptualización de la histeria y de Bernheim, el principio del tratamiento psíquico.

Entre 1888 y 1893 Freud ideó un nuevo concepto de la Histeria; retomó de Charcot la idea del origen traumático. Pero la explicación innovadora fue en virtud de la teoría de la seducción, afirma que el trauma tenía causas sexuales: la histeria sería el resultado de un abuso sexual fantaseado por el individuo en su infancia.

Pasado el tiempo y durante un periodo largo de estudios, Wilhelm Fliess; Freud le escribió unos fragmentos en su manuscrito el 31 de mayo de 1897 acerca de los impulsos hostiles hacia los

padres y un intenso deseo de que mueran, plantea que estas manifestaciones son conscientes y emergen mediante representaciones obsesivas.

Posteriormente estos impulsos son reprimidos provocando en el individuo reproches hacia sí mismo atribuyendo las enfermedades de los padres en un estado de padecimiento. Lo mencionado anteriormente es reconocido como, los motivos de la formación del síntoma, es decir, que detrás de este aparente auto castigó, el sujeto cumple su deseo (de castigarse) a través del síntoma. Estas serán algunas de las primeras nociones que Freud desarrollara como bases del auto castigó.

Después de haber remplazado la concepción de la teoría de la seducción. Freud en el año de 1900 en su publicación del libro titulado “La interpretación de los sueños”, reconoció el conflicto inconsciente como causa principal de la histeria; mas adelante, en su teorización de la sexualidad finiquitar el Complejo de Edipo y evitar la angustia de castración, que era lo que lo llevaba a rechazar la sexualidad.

A su vez, en la vertiente estructural de la histeria también podemos poner de manifiesto esta dimensión del desafío. Es así como la transgresión queda sustentada por una penetrante interrogación que es referida a la dimensión de la identificación , requerida a su vez por la apuesta de la lógica fálica; y lo relativo a la identidad sexual.

En la histeria masculina el desafío se encuadra igualmente en el régimen de la atribución fálica. Todo esto ocurre como si el sujeto solo se invistiera en la dimensión del desafío a condición de ser instado a ello por el deseo del otro. Es así como este desafío es el resultado de una conversión

inconsciente entre el deseo y la masculinidad. Es así como el histérico se (entrampa) a sí mismo en el desafío despiadado de no poder desear a una mujer sino es a través del fantasma en el que ella deje de oponerse a la demostración de su masculinidad.

En la histeria, el significante de la castración está simbolizado; es decir paga por el precio de la pérdida por esa simbolización que se manifiesta esencialmente en el registro de la nostalgia fálica. Realmente esa nostalgia lo que da a la histeria todo el peso de su invasión espectacular y desbordante; se trata de una dramatización.

Desde David Nasio, en su libro “el dolor de la histeria” lo describe de la siguiente manera, lo cual lo explica con un niño, que fue víctima, tomado de improviso, víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de este acontecimiento reside en la irrupción intempestiva de una efusión sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la mayor conciencia. La violencia del trauma consiste en el surgimiento de una demasía de afecto sexual, no sentido de la conciencia sino recibido inconscientemente. Si hubo un trauma, fue precisamente porque la angustia que debió haber surgido faltó. De ahí en más se instala en el inconsciente del niño un exceso de tensión inasimilable y errumbanda que no llega a descargarse en una llamada de socorro o en la acción motriz de la fuga. Esta demasía del afecto subsistirá en el yo a la manera de un quiste, y pasará a construir el foco mórbido generador de los futuros síntomas histéricos. De este modo comprendemos que el trauma ya no es un acontecimiento exterior sino un violento desarreglo interno, situado en el yo. (Nasio, J., 2012, pg. 28, 29).

Nasio nos habla de tres estados en la histeria:

Primer estado, el de un yo insatisfecho: otra posición típicamente histérica observable en el análisis es también un estado del yo, pero un estado más bien activo de un yo que histeriza, es decir, que transforma la realidad concreta del espacio analítico en una realidad fantasmática de contenido sexual.

En suma el problema del histérico es ante todo su miedo, ese miedo profundo y decisivo que en verdad el no siente jamás, pero que se ejerce en todos los niveles de su ser; un miedo concentrado en un único peligro; el de gozar.

Segundo estado, pues el de un yo histerizador: este es caracterizado por la tristeza de su yo, cuando debe afrontar por fin a única verdad de su ser: no saber si es un hombre o una mujer.

El histérico es un creador notable de signos sexuales que rara vez van seguidos del acto sexual que anuncian. Su único goce, es el goce masturbatorio, consiste en producir estos signos que le hacen creer y hacer creer al otro que su verdadero deseo es internarse en el camino de un acto sexual consumado.

Tercer estado, el de un yo tristeza. La tristeza del yo histérico responde al vacío y a la incertidumbre de su identidad sexual.

Podríamos decir que en la histeria es la presencia de un conflicto en el seno del yo, entre una representación sobrecargada que intenta liberar su exceso de energía y la presión constante de la represión la cual impide dejar fluir su sobrecarga.

Así pues el yo histérico es un cuerpo formado a la manera de un traje de arlequín, donde cada

rombo corresponde a la imagen deformada de un órgano en particular, de un miembro, de un orificio o de cualquier otra parte anatómica. (Nasio, J., 2012, pg 29).

La divisa del hombre histérico es poner de manifiesto su incapacidad de gozar, o de aprovechar lo que no tiene. Sin embargo, aun si termina por obtener lo que no tiene, por más que se le de esta posibilidad, esto desembocara de todas maneras en un fracaso, ya que su estrategia está destinada a sustentarse en la insatisfacción.

2.2.- CONCEPTUALIZACION FREUDIANA

Freud y Breuer nos comentan que “el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino de manera inmediata como causa desencadenante, al modo en que un dolor psíquico recordado en la conciencia despierta suscita en un momento posterior la secreción lacrimal: el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias”

Freud en su primera publicación acerca de la histeria en Estudios sobre la histeria junto con Breuer; ambos autores habían estado investigando acerca de las causas que ocasionaban el fenómeno en cuestión, lo cual implicaba revisar cómo se produjo por primera vez. Este primer episodio suele remontarse muy atrás en el tiempo; asimismo, descubrieron que se trata de vivencias que al paciente le son desagradables, por lo cual no las comentan, o bien, no las recuerdan.

Freud y Breuer plantean la teoría del trauma psíquico, el cual es preciso designar como esa vivencia de afectos de horror ante una situación determinada, la vergüenza y el dolor psíquico y lo que hará que una vivencia se haga valer como trauma es la sensibilidad de la persona afectada.

Los recuerdos que estas vivencias hace tiempo transcurridas pueden producir efectos intensos, así como el empalidamiento o pérdida afectiva de un recuerdo esta depende de varios. La reacción del dañado frente al trauma solo tiene un efecto plenamente catártico; pero si el ser humano encuentra un sustituto en el lenguaje , el afecto puede ser abreaccionado es decir el recuerdo se inserta junto a otras vivencias que acaso lo contradicen , el cual es reafirmado por diferentes representaciones.

Janet y Breuer mostraban que los síntomas de la histeria indicaban una escisión de la conciencia con formación de grupos psíquicos separados, pero no era claro el origen y el papel que esa escisión jugaba en la formación de la histeria. Para Janet, la escisión de conciencia era un rasgo primario basado en una debilidad innata de la aptitud para la síntesis psíquica, un estrechamiento del campo de conciencia. Para Breuer la base de la histeria era la aparición de estados hipnóides, estados de conciencia es pues secundaria, adquirida, y se da porque las representaciones que afloran en estados hipnóides son segregadas del comercio asociativo con los contenidos de conciencia.

Freud mostró otras dos formas de histeria donde la escisión de conciencia no podía interpretarse como primaria. En una la escisión era consecuencia de un acto voluntario del enfermo, este no se proponía producir la escisión; su propósito es otro, pero al no alcanzar su meta generaba una escisión de conciencia. En la otra forma, la escisión juega un papel mínimo, apenas se intercepta la reacción frente al estímulo traumático, estos se tramitan por abreacción: histeria de retención pura.

En la histeria el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer a lo corporal la suma de excitación, para se propuso el nombre de conversión.

La conversión puede ser total o parcial, esta puede ser sensorial o motriz la cual mantenga un nexo mas intimo o mas laxo con la vivencia traumático. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero a cambio, ha echado sobre si el lastre de un símbolo mnémico que habita en la conciencia al modo de un parasito.

En el caso de la Señorita Elisabeth von R. trabajado por Freud, descubre que la causa de los síntomas no se encontraba de forma consciente y que solamente mediante las asociaciones se

podría llegar a un punto donde existía un conflicto generalmente relacionado entre una fantasía de orden sexual y la censura que ejercía la conciencia moral, además Freud descubre que como resultado de dicho conflicto psíquico se expulsa de la conciencia y la resistencia tiende a mantener el recuerdo fuera de la conciencia. “como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida {forzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era pues, el mecanismo de la conversión con el fin de la defensa.” (Freud S., Tomo II 1893-1895)

Podemos apreciar la existencia de dos ideas centrales en el cuadro clínico , el amor y la muerte, vinculadas a los primeros objetos y por ende, a la endogamia. Ideas que se encuentran intensamente cargadas por la energía pulsional que las torna muy intensas, y ello plantea un conflicto con el yo; dicho conflicto se resuelve por medio de la represión.

2.3 COMPLEJO DE EDIPO

2.3.1 EL COMLEJO DE EDIPO SEGÚN SIGMUND FREUD

El complejo de Edipo tiene lugar aproximadamente entre los tres y los cinco años. El complejo de Edipo es una de las concepciones mas controvertidas del sistema freudiano: y según la forma en que el sujeto resuelve este conflicto nuclear aparecerán o no perturbaciones neuróticas posteriores.

Respecto a su significado esencial es que el niño se halla situado en una especie de triangulo afectivo con relación a los padres, de modo que esta envuelto en una red de deseos amorosos hostiles.

En 1923 en La organización genital infantil, Freud pone el acento en el desarrollo sexual del niño, el cual llega a un punto en que los genitales masculinos obtienen un papel importante, hay un primado fálico. El genital femenino resulta aun desconocido. Así el niño vuelca todo su interés a sus genitales y juega con la mano en el pene, se empieza a tocar. (Freud, S., 1923, pg, 145-149)

Posteriormente se topa con un obstáculo, advierte que los adultos no están de acuerdo con la acción, no aprueban tales prácticas y de alguna manera sobreviene la amenaza de cortarle esa parte privilegiada del cuerpo.

El complejo de Edipo revela cada vez mas su importancia como fenómeno central del periodo sexual de la primera infancia. Posteriormente este cae sepultado. “El sepultamiento del complejo de Edipo “ (1924) donde menciona que la autoridad de los padres introyectada en el yo, conforma lo que es el superyó, el cual toma del padre la severidad y pone énfasis en la prohibición del

incesto, así las aspiraciones libidinosas que había en el complejo de Edipo son sublimadas, debido a la angustia de castración y con el fin de conservar su virilidad, resigna el deseo de poseer a la madre y de eliminar al padre. (Freud, S., 1924, pg., 182- 184)

En la mujer el clítoris se comporta en un inicio como un pene, pero ella por la comparación con un compañero de juegos percibe que es demasiado corto y siente este hecho como detrimento. Después de un tiempo se consuela con la expectativa de que después, cuando crezca, ella tendrá un apéndice tan grande como el del niño; sin embargo la niña no comprende su falta actual como un carácter sexual, sino que lo explica mediante el supuesto de que una vez tuvo un miembro igualmente grande y que lo perdió por castración.

Ahora la niña quiere sustituir a la madre a lado del padre, la odia por dobles motivos, por celos y por haberle negado un pene. Su relación con el padre en un principio puede ser por el deseo de poseer su pene, pero termina con el deseo de recibir un hijo de él.

De tal manera el complejo de Edipo en la mujer es demolido por la amenaza de castración como sucede con el varón, sino todo lo contrario, es a partir de esta amenaza como se inicia el complejo de Edipo en la mujer, por lo tanto en ella el proceso del complejo de Edipo se da poco a poco, tramitado por el paso de la represión.

2.3.2 COMPLEJO DE EDIPO SEGÚN DAVID NASIO

En el niño se sobrecoje el horror al ver la imagen del cuerpo desnudo “castrado de la madre o de cualquier otra mujer. La visión del cuerpo femenino, es percibido como ese cuerpo privado de pene, el cual le provoca angustia porque el niño piensa que el mismo puede ser víctima de una castración igual. (Nasio, J., 2012, pg. 54).

2.4 IDENTIFICACION

La relación que tiene el individuo con todos los vinculo con los que se relaciona (pares, objeto de amor, etc.) pueden ser considerados fenómenos sociales. Estos entran en oposición con otros fenómenos que los hemos denominado narcisistas, donde la satisfacción pulsional se sustrae del influjo de otras personas o renuncia a estas.

La *psicología de las masas* trata al individuo como miembro de un linaje de un pueblo, de una casta, de un estamento, de una institución, o como integrante de una multitud organizada en forma de masa durante cierto lapso y para determinado fin.

Freud, parte de considerar a la pulsión social, como no originaria e irreducible, y contemplando la posibilidad de que su origen pueda hallarse en el seno de la familia. (Freud. S., 2000, pg, 67-69)

Le bon explica en “Psicología de las masas” la relación de los individuos con su medio: “ el rasgo más notable de una masa psicológica: cualesquiera que sean los individuos que la componen (Freud. S., 1921, pg. 71), el mero hecho de hallarse transformados en una masa los dota de una especie de alma colectiva en virtud de cual sienten, piensan y actúan de manera exactamente distinta de cómo sentiría, pensaría y actuaría cada uno de ellos en forma aislada”

Se establece de esta manera, un “promedio en los individuos de la masa”. Sin embargo, aparecen también nuevas propiedades a causa de:

1. Dentro de la masa el individuo adquiere un *sentimiento de poder invencible* que le permite entregarse a instintos que aislado no lo hubiese hecho. Así, tendrá menos motivos para controlarlo, porque dentro de la

masa anónima, desaparece totalmente el sentimiento de la responsabilidad. Freud, agrega a esta causa que el individuo, al entrar a la masa, queda sometido a condiciones que le permiten echar por tierra las represiones de sus mociones pulsionales inconscientes. Las propiedades nuevas son, las exteriorizaciones de ese inconsciente que contiene como disposición toda la maldad humana, y la desaparición de la conciencia moral (angustia social).

2. Una segunda causa es el *contagio*, contribuye igualmente a hacer que en las masas se exterioricen rasgos especiales y al mismo tiempo marcar la orientación de otros. En la multitud, todo sentimiento y todo acto son contagiosos, de tal manera que el individuo sacrifica su interés personal al interés colectivo.

3. Hay una tercera causa, la más importante, que determina en los individuos de una masa particulares propiedades diferentes a las del individuo aislado, esta es la *sugestionalidad*, de la cual el contagio es solo un efecto. El individuo inmerso en una masa después de un cierto tiempo se encuentra en un estado singular, similar a la fascinación. La personalidad consiente ha desaparecido por completo, la voluntad y el discernimiento quedan abolidos. No tiene ya conciencia de sus actos. El contagio ha de ser una exteriorización de la sugestionalidad.

4. Existe una cuarta causa, que tiene que ver con la idea de identificar el alma de las masas con el alma de los primitivos. En las masas las ideas opuestas pueden coexistir y tolerarse sin que su contradicción de por resultado un conflicto. Está sujeta al poder “mágico” de las palabras. Además, nunca conocieron lo real, piden ilusiones, a las que no pueden renunciar, lo irreal siempre prevalece ante lo real.

En una masa el individuo experimenta por influencia de ella, una alteración a menudo profunda en su actividad anímica. Su afectividad se acrecienta extraordinariamente, su rendimiento intelectual sufre una notable disminución. Ambos procesos apuntan a una nivelación con los otros individuos de la masa, resultado que solo puede alcanzarse por la cancelación de las inhibiciones pulsionales propias de cada individuo y por la renuncia a las inclinaciones que le se ha plasmado. Estos elementos pueden contrarrestarse mediante una organización más elevada de las masas. (Freud, S., 1921, pg., 85- 87)

Freud rechaza la idea de la sugestionabilidad e intenta aplicar el concepto de libido, al que considera como la energía (considerada como magnitud cuantitativa) de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede sintetizarse como amor.

Vínculos de amor constituyen también lo esencial de las masas. Lo que correspondería a tales vínculos está oculto en la sugestión. Al respecto establece dos reflexiones que son:

- la masa se mantiene cohesionada por algún poder, que es el Eros.
- si el individuo resigna su peculiaridad en la masa y se deja sugerir por otros, se tiene la impresión de que lo hace porque siente la necesidad de estar de acuerdo con ellos y de no

oponerseles por “amor a ellos”.

La identificación.

El psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. Tempranamente en la vida del niño se produce la identificación con el padre, a quien toma como modelo. Simultáneamente se da u segundo lazo psicológico: el varón toma a la madre como un objeto sexual. Ambos sentimientos coexisten un tiempo sin influirse ni perturbarse entre si. Desde el comienzo la identificación es ambivalente: puede darse vuelta hacia la expresión de la ternura o hacia el deseo de eliminación. (Fenichel. O., 2003, pg., 255)

2.4.1 LA MITOMANIA

Es de imaginar hasta qué punto el yo histérico, para histerizar la realidad, debe ser maleable y capaz de estirarse sin discontinuidad desde el punto de vista más íntimo de su ser hasta el borde más exterior del mundo. Pero esta singular plasticidad del yo instala al histérico en una realidad confusa, medio real, medio fantaseada, donde se emprende el juego cruel y doloroso de las identificaciones múltiples y contradictorias con diversos personajes. (Nasio. J., 2012, pg., 23)

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 era más que un juego en el que ellos fueron la parte excluida. (Nasio. J., 2012, pg. 24).

La histeria es una manera de convencer a los demás y a través de ellos de convencerse a sí mismo de que si tiene el falo, de que si tiene la complitud, de que si tiene lo que hay que tener para formar parte de la pareja idealizada que el histérico mantiene en su fantasía.

También llega a construir situaciones o escenas que le permiten eludir los sentimientos de carencia, celos y de envidia, en tanto que pueda proyectarlos en situaciones que le permiten confirmar o hacer sus fantasías narcisistas, pero cultivando la excitación y la euforia.

La singularidad plasticidad del yo instala al histérico es una realidad confusa, medio real, medio fantaseada, donde se emprende el juego cruel y doloroso de las identificaciones múltiples y contradictorias con diversos personajes, y ello al precio de permanecer ajena a su propia identidad de ser.

2.4.2 NARCISISMO

El termino narcisismo proviene de la descripción clínica y fue escogido por P. Nacke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mimba, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena

En 1911 el descubrimiento del narcisismo condujo a Freud a establecer (en el Caso Schereber), la existencia de una fase de la evolución sexual intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal. El sujeto comienza a tomándose a sí mismo, a su propio cuerpo, como objeto de amor, lo que permite una primera unificación de las pulsiones sexuales.

En 1914, en la “Introducción al narcisismo”, introduce el concepto de narcisismo considerando las catexis libidinales. Aludiendo a una especie de principio de conservación de la energía libidinal, Freud establece la existencia de un equilibrio entre la “libido del yo” (catectizada en el yo) y la “libido de objeto”: cuanto más aumenta una, más empobrece la otra. El yo debe considerarse como un gran reservorio de libido de dónde ésta es enviada hacia los objetos. (Freud. S., 2008, pg., 70- 73)

El narcisismo designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre el mismo. Con narcisismo primario se hace referencia al primer narcisismo, el del niño que se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores. Tal estado correspondería a la creencia del niño en la omnipotencia de sus pensamientos.

El narcisismo designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre el mismo. Con narcisismo primario se hace referencia al primer narcisismo, el del niño que se toma a sí

mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores. Tal estado correspondería a la creencia del niño en la omnipotencia de sus pensamientos.

Ahora bien, no hemos inferido que los seres humanos se descomponen tajantemente en dos grupos según que su elección de objeto responda a uno de los dos tipos, el narcisista o el del apuntalamiento; más bien, promovemos esta hipótesis: todo ser humano tiene abiertos frente a sí ambos caminos para la elección de objeto, pudiendo preferir uno o el otro. Decimos que tiene dos objetos sexuales originarios: él mismo y la mujer que lo crió, y presuponemos entonces en todo ser humano el narcisismo primario que, eventualmente, puede expresarse de manera dominante en su elección de objeto. (Freud. S., 2008, pg, 80- 85)

Freud nos muestra un panorama a las posibles elecciones de objeto:

Según el tipo narcisista:

1. A lo que uno mismo es,
2. A lo que uno mismo fue,
3. A lo que uno querría ser, y
4. A la persona que fue una parte del sí mismo propio.

Según el tipo de apuntalamiento:

1. A la mujer nutricia
2. Al hombre protector

La indagación psicoanalítica, que nos habilitó para perseguir los destinos de las pulsiones libidinosas cuando, aisladas de las pulsiones yoicas, se encuentran en oposición a estas, nos permite en este ámbito unas inferencias retrospectivas a una época y a una situación psíquica en

que ambas clases de pulsiones emergían como intereses narcisistas actuando todavía de consuno en unión inseparable.

2.5 EL HISTÉRICO Y SU RELACIÓN CON EL SEXO.

La problemática singular que el histérico masculino mantiene con el sexo se inscribe lógicamente en esta dimensión de la relación. No obstante, esta relación con el otro femenino está alineada de antemano en cierto tipo de representación con la mujer como mujer idealizada.

De ello resulta la institución de manifestaciones perversas de las cuales una de las más frecuentes es la “máscara o el juego homosexual; es decir no se trata de una homosexualidad verdadera, pero si se fundaría en una elección de objeto amoroso exclusivamente masculino.

Una de las manifestaciones del histérico es el exhibicionismo que frecuentemente es movilizad como puesta en escena del cuerpo; es decir que a través de esto el histérico reitera algo de la teatralidad provocadora de la parodia homosexual. Más allá de todo este camuflaje perverso frecuentemente recurre a otras síntomas como la impotencia la cual es presentada en la forma de la eyaculación precoz, la cual viene a reforzar una compulsión al fracaso. Este se apoya en un mecanismo imaginario que conduce al histérico a confundir el deseo y la virilidad; esta confusión tiene su origen en una interpretación en la cual el histérico la desarrolla frente a la demanda de una mujer. (Nasio. J., 2012, pg., 47- 49)

En otros términos, todo ocurre como si la relación deseante se fundara en el deber de justificar que uno realmente no tiene lo que la mujer demanda “el falo”, el histérico masculino no se siente depositario del objeto, por el cual responde a la mujer “yo no tengo el pene”. Y es aquí donde entra la confusión y la virilidad acerca del objeto, entre el órgano y el falo.

2.6 LA CONVERSIÓN

Para Nasio la conversión se define desde el punto de vista económico, como esa transformación constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático. Podemos admitir que el sufrimiento de un síntoma somático es una energía equivalente a la energía de excitación del trauma inicial o para ser más exactos, es aquel exceso de afecto sexual. (Nasio. J., 2012, pg., 32-33)

Otto Fenichel se refiere a la conversión como esas alteraciones fisiológicas, las cuales son inconscientes. Los síntomas de conversión no son simplemente expresiones somáticas de afecto, sino representaciones de pensamiento que pueden ser retraducidos del lenguaje somático en que se expresan al primitivo lenguaje de las palabras.

Existen dos requisitos que preceden necesariamente a la represión:

1. Está representado por la herogenidad general del cuerpo humano, en virtud de la cual todo órgano y toda función tiene la posibilidad de expresar la excitación sexual.
2. El psicológico que consiste en el abandono de la realidad por la fantasía, es decir la sustitución de los objetos sexuales reales por fantasías representativas de objetos. A este proceso se le llama introversión.

El histérico presenta a la causa de la introversión, el aspecto de una personalidad dada hacia adentro. Los síntomas, en lugar de estar constituidos por actos dirigidos hacia el exterior, el cual se refiere a una actividad aloplástica, no representan otra cosa que simples intervenciones internas que es la actividad autoplástica.

2.7 RASGOS ESTRUCTURALES

- Alineación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro.
- El sujeto histérico cree estar desposeído del falo el cual adjudica su deseo y es esta dinámica no se interroga el mismo sino al Otro.
- La influencia y sugestión que siente por parte del Amo.
- El histérico pone en un lugar privilegiado a este Amo el cual es instituido como tal en el sentido que supuestamente el Amo no sabe lo que el histérico se esfuerza por desconocer acerca de la cuestión de su deseo. Basta con que el Otro responda a algunos atributos que el histérico le presenta fantásticamente.
- Por falta de tener el histérico privilegia su identificación con el ser. El proceso de identificación aparente con el falo en nada es contradictorio con la posición precedente. Por el contrario, es incluso una consecuencia lógica de la relación del histérico con el tener.
- El histérico se vive frecuentemente no habiendo sido suficientemente amado por el otro.

2.8 LA FANTASÍA EN EL HISTÉRICO

La importancia de las fantasías como base de los síntomas histéricos ya había sido admitida por Freud alrededor de 1897, en relación con su autoanálisis. (Freud. S. 1906-1908, pg. 139)

Freud la conceptualizó fantasía a partir de experiencias tempranas de frustración que llevaban a la satisfacción alucinatoria de deseos.

Para Freud, la fantasía estuvo relacionada con procesos conscientes, y mostrándose en un estatus similar a la ensoñación diurna, aunque, igual que el síntoma y el sueño, servía para develar contenidos inconscientes, lo que le daba una importancia clínica fundamental, haciéndola objeto, de las interpretaciones del analista. Por otra parte, la fantasía era un fenómeno tardío en el desarrollo, en parte debido a que Freud no estudió con rigurosidad el desarrollo temprano pues mantuvo su hipótesis del narcisismo primario.

Para Freud el yo se iba construyendo como una capa diferenciada del ello por continuos contactos con el mundo exterior. Esta formación del yo era una condición necesaria para la diferenciación de la realidad externa.

Con respecto a la realidad interna, y la fantasía era posterior a esta diferenciación y a las experiencias de frustración provenientes de la realidad externa, originándose como una forma de lidiar ante éstas.

Freud nos dice que los síntomas histéricos no son otra cosa que las fantasías inconscientes figuradas mediante conversión, y en la medida en que son síntomas somáticos, con harta frecuencia están tomados del círculo de las mismas sensaciones sexuales e inervaciones motrices que originariamente acompañaron a la fantasía, todavía consiente en esa época. (Freud. S., 1906-1908, pg, 140)

Al estudiar la histeria nuestro interés se traslada pronto desde los síntomas para dirigirse a las fantasías de los cuales proceden. La técnica psicoanalítica permite, primero, descubrir o identificar partiendo de los síntomas esas fantasías inconscientes y, luego, hacer que devengan conscientes al enfermo de las mismas. (Freud. S., 1906-1908, pg. 141)

Freud puntualizo la relación entre tales fantasías y los síntomas no es de todos modos, nada simple, sino múltiple y compleja, probablemente a causa de las dificultades con que tropieza la tendencia de las fantasías inconscientes por procurarse una expresión.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Para realizar un estudio de caso se deben tomar en cuenta los principales elementos, variables y aspectos del método psicoanalítico ya que son piezas claves dentro del proceso terapéutico. El presente capítulo se ocupará de describir la metodología, los instrumentos y los procedimientos.

3.1 MÉTODO CUALITATIVO

La indagación teórico-clínica del psicoanálisis se encuentra enmarcada en el paradigma cualitativo de la epistemología, no en el cuantitativo; para delimitar en qué consiste cada uno, se acudirá a la metodología de la ciencias sociales. En su manual de Metodología de la Investigación, Roberto Hernández Sampieri y sus colegas definen el enfoque cuantitativo como aquel que utiliza “la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernandez Sampieri 2010 pg. 45). A un psicoanalista, en su investigación, no le concierne ninguno de los términos recién mencionados. Resuena más bien con el enfoque cualitativo: “una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de ser vivos, sobre todo de los humanos”, cuyos datos no son numéricos, sino “descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones”, etc. Una investigación psicoanalítica no pretende, pues, cuantificar, sino comprender a profundidad al sujeto en escucha. Su modo de exponer los hallazgos, consecuentemente, es el estudio de caso psicoanalítico: un historial construido a partir del discurso del paciente, el cual más allá de procurar descubrir la generalidad de los fenómenos humanos se ocupa por resaltar su ineludible singularidad, y explicar qué la ha determinado.

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.

El estudio de caso una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es decir, el caso podría ser una persona, un programa, un grupo, una institución, una comunidad; una estrategia de intervención, etc. Es una instancia tomada de una clase, elegida por su interés intrínseco, o por la decisión de estudiar en profundidad.

El propósito: cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir e interpretar, más que en probar hipótesis.

La conceptualización: cuando el caso es un instrumento, un punto de referencia para comprender un fenómeno general.

El punto de vista epistemológico: cuando no se considera aleatorio al hecho singular y no se requieren casos promedio para validar los resultados de una investigación.

El criterio de validez: el carácter probatorio de un caso depende de su autenticidad, y no de su frecuencia o representatividad.

3.2 MODELO PSICOANALÍTICO

3.2.1 DISPOSITIVO ANALÍTICO

Existen cuatro variables inmovibles, que el terapeuta debe poner en práctica durante las sesiones.

Asociación libre: método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea.

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

Neutralidad: una de las cualidades que define 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.

Abstinencia: principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacción sustitutivas de sus síntomas. Para el

analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que este tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

3.2.2. ENCUADRE PSICOANALÍTICO

El encuadre sería una serie de reglas que configuran el contexto analítico. El encuadre propuesto por el analista y aceptado por el paciente sostiene y va a contener las proyecciones de vínculos simbióticos primitivos del paciente, por lo tanto forja el espacio en donde se realizara la terapia (contexto analítico) y donde se generará la transferencia, posibilitando así el análisis.

- **Horarios.** Miércoles 3pm
- **Frecuencias por semana.** Una por semana
- **Tiempo de la sesión.** 45 minutos
- **Honorarios.** \$ 50 pesos por sesión
- **Posición.** Cara a cara

3.2.3 PROCESO ANALÍTICO

En el proceso analítico aparecen los siguientes elementos, los cuales se llevan a cabo en el encuadre como en el dispositivo analítico.

Transferencia: Designa, en psicoanálisis, el proceso de 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, sino 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 esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

Resistencia: durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de este a su inconsciente. Por extensión, Freud habla de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto estos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una (vejación psicológica)

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 del psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas.

Intervención: Las intervenciones se realizan dentro del proceso analítico con la finalidad de llegar al inconsciente del analizado.

3.2.4 INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado para poder realizar un estudio de caso es el dispositivo analítico de cada sesión terapéutica. La información recabada que nos proporciona el paciente a través de su discurso, nos permite elaborar nuestras viñetas el cual no permita plasmar lo hablado, interpretado en cada sesión.

3.2.5 PROCEDIMEINTOS

Al ingresar a la Maestría en psicología con orientación en clínica psicoanalítica, el terapeuta debería asignarse un paciente. Solicito al paciente en preconsulta y los encargados de ese departamento se encargaron de llamarlo para saber si aun estaba interesado en el tratamiento, acordaron hora y día para la consulta.

La primera sesión fue un martes 15 de Octubre del 2014 a las 3:00 pm, se le explico que primero se le harían unas series de entrevistas, que al finalizarlas se le propondría el tratamiento propiamente dicho. Al concluir con dichas entrevistas se encuadro para así poder realizar un análisis.

Se establecieron las sesiones una vez por semana, se le dijo al paciente que él podía venir hablar de lo que se le ocurriera sin importar si al él le parecía vergonzoso. Que era su espacio, que o sería juzgado.

La cuota fue establecida por el departamento de trabajo social, el cual el paciente tiene que pagar en recepción.

Se le aseguro al paciente que era un espacio confidencial, donde el terapeuta se comprometía a guardar dicha información, siempre y cuando no esté en peligro la integridad del paciente.

3.3 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas o estrategias de intervención son instrumentos operativos a través de los cuales el terapeuta/ narrador accede al discurso del paciente y con ello actualizar la historia del individuo. Tiene un carácter eminentemente instrumental ya que por estos medios se obtendrá la información que será la base de la intervención clínica.

3.4 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN

Para recabar la información del paciente es necesario utilizar estos instrumentos:

Ficha de identificación: proporciona los datos del paciente tales como: nombre, estado civil, ocupación, teléfono, domicilio, entre otros.

Discurso del paciente: asociación libre.

Viñeta clínica. Registro anecdótico de cada sesión de análisis. Ésta sirve para retomar elementos que se expondrán en el Estudio de Caso.

Preguntas sobre datos específicos. Surgen cuando queda alguna duda respecto al discurso, o no se tiene la suficiente información al respecto, y se pregunta para clarificar la situación que nos está narrando el paciente.

3.5 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN

Interpretación. Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente.

En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

Señalamientos. Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información.

Confrontación. Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas.

Construcción. Término propuesto por Freud para designar una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente capítulo se presenta el estudio de caso de la paciente, cambiando algunos datos para proteger la confidencialidad acordada entre la paciente y la terapeuta.

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

Sujeto masculino, 23 años, complexión mediana, estatura media, tez aperlada, cabello ondulado, vestimenta oscura en la mayoría de las sesiones. Y en ocasiones se presentaba desarreglado.

Estado civil soltero. Nacido en Monterrey N.L.

Hijo único. Sus padres viven en Carolina del Norte. Vive solo desde los 15 años. No quiso radicar en Carolina del Norte, haciendo hincapié que hay mucha inseguridad.

En el transcurso de las sesiones, dio muy poca información sobre sus padres. La relación que lleva con ellos solo es económica. Los padres vienen a visitarlo dos veces al año, en especial la mamá; pero él no hace por pasar tiempo con ella, porque siempre salen peleados. A él no le gusta que le digan que tiene que hacer, porque él no está acostumbrado, una de las razones porque tiene tiempo viviendo solo.

El paciente ingresó primeramente a una Ingeniería en alimentos, pero no le agradó el ambiente, porque son personas que piensan muy cuadradas. Después decidió presentar en psicología, porque fue lo que se le ocurrió en el momento y que piensa que es una carrera con mucho campo laboral.

El se siente líder de muchos grupos a los que pertenecía en la Facultad, la mayoría del tiempo se expresaba inconforme con la gente que lo rodea, así como también con los trabajos en los que ha

estado, prácticas y hasta de la misma carrera; no le satisface el plan de estudios, ni la manera en que los profesores imparten las clases.

Referente a las practicas que realizaba en una secundaria de Cadereyta, le ofrecieron el puesto de Jefe de Región, no lo acepto, unos de los motivos fue porque aun no cuenta con el titulo, y porque no cree que sea justo que le ofrezcan ese puesto, porque sus compañeros le empezaran a preguntar que como le hizo.

En el año 2012. Le detectan un tumor maligno, fue operado, el doctor solo le daba dos años de vida. Durante su recuperación la mama estuvo al cuidado de él, pronto vio su recuperación y decidió retirarse a Carolina del Norte.

Después de su recuperación ; le gusta hacer muchas cosas durante el día , porque recalca si estoy vico es por algo, no le importa si está cansado , pero le gusta aprovechar el tiempo. En mayo del 2015 el paciente se encuentra con la noticia de que su ex novia, con la cual había terminado hace un año, pero que aun tenían comunicación, está comprometida, el paciente se encontraba desorganizado, expresando mucho dolor.

Cuando se da el rompimiento con ella, el menciona que no se veía con ella en un futuro, porque pensaban muy diferentes y por la clase social. Al enterarse de ese acontecimiento, fue como se dio cuenta que si la quería realmente, intento de varias maneras reconquistarla, hasta que un día la ex novia, le dijo que la deja de buscar que ya tenía a alguien más. En ese momento el se puso a llorar y llegando a su casa hizo lo mismo. El se mostraba rígido antes situaciones como estas.

El sujeto muestra una motivación por saber la historia de su Familia, porque le llama la atención que muchos lo llamen líder, el cual él lo refiere porque su familia era de procedencia militar y

que viendo el árbol genealógico, el viene siendo bisnieto de Pancho Villa.

Por otra parte le gusta ser el centro de atención, teniendo la idea de que las personas que lo rodean no sirven para nada; y la gran necesidad de ser reconocido en todo lo que el hace.

El sujeto muestra un miedo continuo a que las cosas que se propone no las logre, es por eso que el va por la vida sin un objetivo.

En el transcurso de las sesiones el paciente ha tenido varias novias, es muy frecuente que falte a su análisis, esto siempre ocurría cuando se le confrontaba o se le hacia alguna interpretación, eso sí, nunca se le olvidaba avisar que no podría asistir, en otras ocasiones ponía como excusa que no alcanzaba a llegar por el trafico o porque ya estaba en finales de semestre.

Era un paciente que constantemente me retaba con la mirada, y con sus silencios.

4.1.1 MOTIVO DE COSULTA

Acude a la clínica porque no duerme, siempre esta estresado. Anteriormente asistía a terapia conductual, en donde le enseñaron técnicas de relajación.

4.1.2 DEMANDA DE TRATAMIENTO

El paciente solicita la terapia para ayudarle a saber el porqué no puede dormir, porque cualquier cosa lo distrae en la noche.

Así como también el saber porque todavía no le interesa ningún compromiso con las relaciones de pareja.

En ocasiones hizo mención de que el solo acudía al Análisis, porque así se lo pedía la clínica, el cual él veía conveniente porque en algún momento de su vida le tocaría atender pacientes.

Le causa mucho conflicto que todos sus amigos lo traten como líder, expresándose que no se siente como tal.

4.1.3 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

La sintomatología actual del paciente son: pensamientos, fantasías, delirios de grandeza y la mitomanía.

4.1.4 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Dadas las características de la estructura del sujeto, de sentirse insatisfecho con lo que lo rodea, así como con las personas que se vincula, y de su sintomatología como la mitomanía, y los elementos narcisistas nos indica una impresión diagnóstica de una histeria masculina.

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

En este apartado se encarga de explicar el contexto familiar, figuras significativas, estructura edípica, eventos traumáticos y perfil subjetivo del paciente.

4.2.1 CONTEXTO FAMILIAR

El paciente es hijo único, vive solo desde los 15 años, sus padres decidieron irse a radicar a Carolina del, donde su padre y su madre actualmente trabajan en una empresa, la cual a él le mandan mensualmente una cantidad para sus gastos.

Solo se ven cuando son fechas importantes como navidad o año nuevo.

La que esta la pendiente de el paciente es su abuelita y una tía por parte del papa. El paciente no lleva una buena relación con la tía, debido a que recuerda que ha visto que solo va a visitar a su abuelita para quitarle cosas como la despensa.

El paciente recuerda que en varias ocasiones presencio a su padre en una depresión, y donde el recalca que no quiere ser como el.

No tiene una buena comunicación con sus primos, tíos, normalmente siempre recurre a un amigo o con las mamás de ellos para algún tipo de problema.

Por muchos meses la paciente se queja de su familia. No se siente parte de ella.

Ismael recuerda mucho a su abuelito, en donde hace mención que el de pequeño decía que quería ser como él, una persona firme.

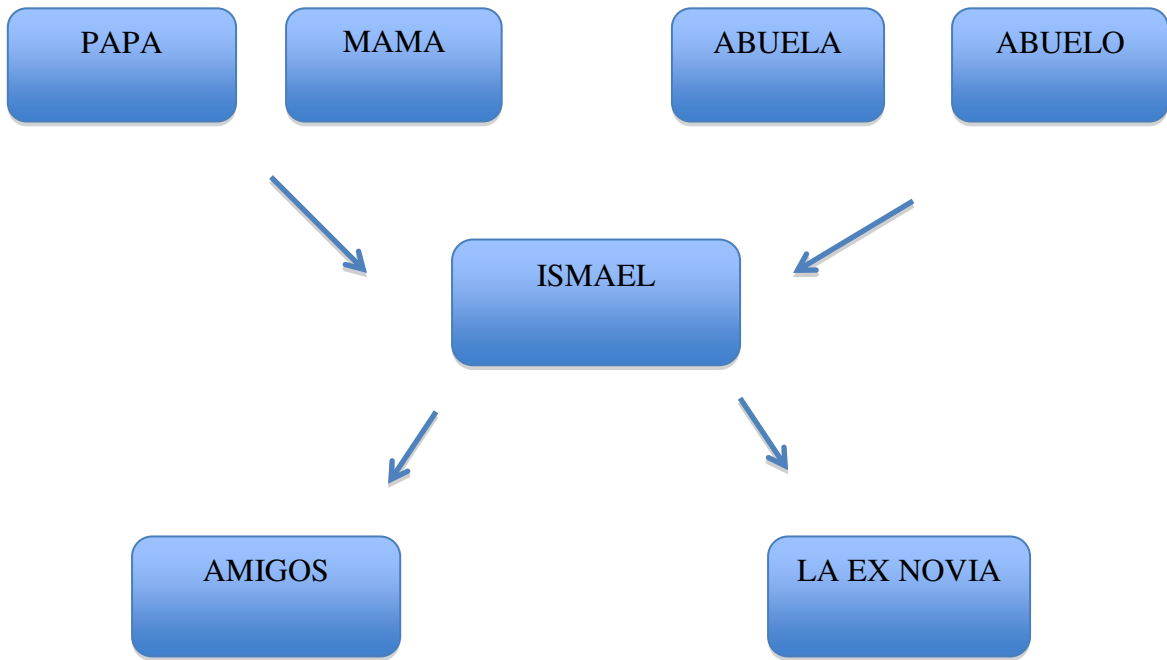
4.2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS

Se logran destacar ciertas figuras significativas dentro del contexto familiar del paciente.

LA ABUELITA.- es descrita por el paciente como una mujer que está dedicada solamente al hogar. Que es la única de la familia que si le hace caso, que le da la razón a él. Es la única persona de confianza a la quien si le puede pedir un consejo.

LA EX NOVIA.- Ismael termina la relación hace un año, porque consideraba que su exnovia era una mujer que se dejaba manipular fácilmente por las personas que la rodean, que no tiene decisión propia, así como también hacia lo que el paciente quería, aun así después del rompimiento siguen teniendo comunicación, pero ella consiente que no va a regresar con ella. Acostumbraba a escribirle cartas pero nunca se las dio. Después de unos meses se entera que esta comprometida y es donde se da cuenta que realmente si le interesa, y que se veía en un futuro con ella.

LOS AMIGOS.- Su círculo de amigos son esa fuente de comunicación, con los que se siente mas seguro y le dan la confianza necesaria para platicarles cualquier situación. No importaba la hora que fuera el podía marcarles en dado caso que se sintiera mal o que solo tuviera ganas de que alguien lo escuchara.



4.2.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

El paciente vive el Edipo teniendo una madre ausente afectivamente; económicamente siempre estaba cuando el necesitaba hacer algún pago. La madre no lleva buena relación con el padre, pero sin embargo hace lo que el padre le ordene. Los padres trabajan juntos, pero solo tiene comunicación ya que llegan a casa.

Se puede observar como actualmente repite esta dinámica edípica con sus relaciones de pareja, eligiéndolas de tal manera que no le demanden mucho tiempo, a Ismael le agradan que la relación se lleva por vía telefónica y que no haya reglas.

SESION 3- 29 OCTUBRE 2014

TERAPEUTA.- porque tan seguro que ella regresara?

PACIENTE.- porque mi forma de hablar me ayuda mucho es algo que a las mujeres les gusta. de hecho he tenido tres novias mas, con dos de ellas sigo hablando y es bien raro porque parece que todo el pasado regresa a mí.

SESION 6 19 DE NOVIEMBRE 2014

PACIENTE.- Y volviendo con lo de mi ex, paso algo bien raro, mira yo iba a buscar en mis contactos a mi mama, entonces me fui a la letra “ m” y había un contacto con M mayúscula nadamas cheque quien era y estaba la foto de mi ex, en eso veo que me estaba escribiendo, me puse a llorar, porque ya sabía que me iba a empezar a decir cosas de que volvamos ; estuvimos platicando toda la madrugada, me fui en vivo a la facultad. De hecho de tantas veces que cortamos ese día que me iban a operar ella me

mando mensaje y ya con eso volví andar con ella, siempre que ella me habla yo dejo de salir con las demás chavas.

4.2.4.- EVENTOS TRAUMÁTICOS

Cuando lamentablemente una persona pasa por una experiencia donde ha vivido algún peligro o se ha sentido imposibilitada ante una situación muy estresante e inesperada, como un accidente severo, una catástrofe natural, un atraco o secuestro, u otro evento altamente traumático, generalmente, en los días siguientes suele haber momentos en que esta persona experimenta crisis ansiosas con miedos intensos a través de recuerdos, sueños o pesadillas, en oportunidades sin motivo aparente o en ocasiones en que es expuesta a situaciones o estímulos similares o asociados.

PACIENTE.- No sé si te conté que hace dos años me detectaron cáncer, porque yo me di cuenta que tenía una bolita en la espalda, le dije a mi mama y me dijo de seguro es una bolita de grasa; total fui a consultar y era un tumor maligno.

Me operaron, pero yo estuve despierto toda la operación, si me pusieron anestesia, pero como quiera estaba despierto. Y para todo esto el doctor me había dicho antes que solo me quedaban 2 años de vida.

Después de esto ya no me da miedo hacer las cosas, siempre y cuando sea algo desconocido para mí; es por eso que me gusta hacer demasiadas cosas en el día, aunque ya esté bien de mi cáncer.

4.2.5 PERFIL SUBJETIVO

4.2.5.1 MANERAS DE INTERACCIÓN

El paciente tiende a interactuar con personas del mismo sexo, y misma edad.

En las fiestas le gusta ser el centro de atención, así como también en las clases. Le agrada que los amigos lo nombren como líder de grupo.

En sus relaciones de pareja busca mujeres que tengan un nivel económico alto o que vengan de familias reconocidas. Empieza las relaciones muy entusiasmado, pero poco a poco empieza a ver que no es lo que él esperaba, no acostumbra a terminar la relación; se aleja hasta que la pareja se da cuenta que hay un distanciamiento.

La mayor parte del tiempo le gusta retar a las personas que imponen autoridad, así como profesores, jefes, y los padres de sus novias.

4.2.5.2 RASGOS DE CARÁCTER

El paciente tiende a llamar la atención de los demás en sus opiniones, de comportarse, exagerando sus sentimientos, perdiendo el autocontrol.

Le aburre y desespera lo rutinario, todo lo que suponga monotonía. Tiene un exagerado afán de novedades que les sirvan para sentir la vida profundamente, para vivir intensamente.

Constantemente está en la búsqueda de experiencias novedosas, excitantes, diferentes, odia lo normal, el cual el interpreta siempre como algo vulgar y valoran como aburrido y despreciable.

Su egocentrismo lo lleva siempre hacia lo raro, lo diferente, lo inaudito, ya que de este modo

pueden atraer sobre sí la atención de los otros, y sentirse distintos, lo que para él equivale a sentirse superior.

En sus relaciones de pareja comienza muy entusiasmado; como va pasando el tiempo, empieza a ver esos defectos que no tolera, el cual lo hace alejarse, hasta dar por terminada la relación.

4.2.5.3 RECURSOS YOICOS

Se percibe una baja capacidad para dar respuestas socialmente aceptables, miedo al fracaso y poca tolerancia a la frustración.

Actualmente el paciente muestra una falsa autoestima, constantemente reacciona defensivamente cuando se le hace un señalamiento o interpretación.

4.2.5.4 MECANISMOS DE DEFENSA

Principal mecanismo de defensa para Sigmund Freud. La represión primaria consiste en detener las representaciones antes de que traspasen la barrera consciente.

En el caso clínico algunos de los mecanismos de defensa son los siguientes: Resistencias, negación, Represión, regresión, , anulación, y racionalización.

4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO CLÍNICO

En este apartado se analizaran los objetivos y se desarrollaran; dejando ver los momentos específicos del tratamiento, así como del discurso del paciente, tanto las intervenciones que nos dé a conocer las problemáticas enfrentadas y los cambios obtenidos.

Este modelo se divide en las siguientes fases: problemática o categoría descriptiva, introducción a la temática y explicación de la misma, exposición de la viñeta o material clínico y explicación teórica de la exposición clínica.

4.3.1 SOY EL MEJOR, Y ME MEREZCO LO MEJOR– NARCISISMO

El Narcisismo es el primer periodo evolutivo en la afectividad del niño que se caracteriza por una libido dirigida hacia si mismo, es decir, el objeto de deseo es el propio Yo. Esta fase vital es anterior al Edipo, donde el objeto de amor es la madre (o la persona con la que se produce el primer vínculo).

El término narcisismo proviene de la descripción clínica y fue escogido por P. Nacke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mimas, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena.

Como podemos observar en el siguiente discurso:

4 de Febrero del 2015

PACIENTE.- No me acuerdo si ya te había platicado que en otros semestres me gustaba contradecir a los profesores, más que nada a los que yo notaba que no sabían mucho del tema, entonces yo empezaba a explicar el tema, hacia esquemas en el pintarrón y el profesor solo se quedaba callado, ese fue uno, otro que hice lo mismo era un profesor que apenas acababa de salir de Maestría Clínica, no tenía mucha noción del DSM IV, entonces yo tenía un libro donde explicaba todo, yo se los di a los compañeros para que le sacaran copias y el profe vio que le ayude en las clases y me dijo que ya había pasado su clase.

TERAPEUTA.- Ismael porque siempre tiene que desvalorizar el trabajo de lo demás?

PACIENTE.- GUARDO SILENCIO... a si te acuerdas que estuve en la SEP, bueno mi supervisora de aquí me dijo que me hiciera cargo de los alumnos que ahora hacen sus prácticas en la SEP, porque ella esta peleada con la SEP y que yo tengo más noción de eso.

Como podemos ver los elementos narcisistas es estar desvalorizando el trabajo de sus profesores; y donde el recalca que solo el puede hacer las cosas bien.

En otras sesiones nos comenta:

18 de Febrero del 2015

PACIENTE.- Ahorita ando todo estresado, porque ya vez que te dije que me nombraron coordinador de archivo, pues es un desmadre porque no están completos

los datos y es más trabajo para mi porque tengo que andar investigando, tengo mucho sueño la verdad, me siento muy cansado, pero ni como descansar, saliendo de aquí me voy a clases hasta las 9 de la noche. Aparte mira son tres chavos los que me están ayudando en lo del trabajo de archivo pero no hacen gran cosa, ya me di cuenta que si yo no estoy ellos se la pasan en youtube.

Aparte de todo este estrés que traigo, estoy esperando un mensaje de mis compañeros de clases, que nos toca dar una clase, pero me preocupa porque me dijeron que no han encontrado el tema y si es así pues yo tengo que leer y explicarlo.

TERAPEUTA.- Porque siempre se quiere hacer cargo de lo que los demás no hacen?

PACIENTE.- Pues porque así he sido siempre, no me gusta que las cosas no se hagan, aunque este con sueño hago las cosas.

En esta sesión podemos ver como el se hace cargo de trabajos que los demás no logran cumplir o hacer, en donde después viene esa queja hacia sus compañeros porque no son responsables.

Podemos observar en el siguiente discursó el intenta demostrarse que el es bueno en todo lo que hace, que las demás personas lo llegan admirar por todo eso que el logra.

11 de Marzo del 2015

PACIENTE.- No sé si sepas que se va a lanza una maestra para directora, de hecho me llevo bien con ella, me invito a las reuniones que están haciendo y alomejor yo me lanzo para mesa directiva, porque los que están ahorita no han hecho nada, solo están ahí de idiotas.

TERAPEUTA.- Fíjese Ismael en todo lo que me has relatado pretende demostrarle a todos que es muy bueno.

PACIENTE.- Es que yo en todos lados, en cualquier trabajo que me pongan yo lo saco, no se me dificulta; por eso no me preocupo si saliendo de la facultad no encuentro trabajo de psicólogo, porque puedo ir a pedir a la SEP, o a SEDESOL y me lo darán luego luego. Alomejor en la escuela donde estoy, no todos salimos preparados, pero yo me considero que soy uno de los que si porque si leo, me informo, no me quedo solo con lo que los profesores nos dan.

En otras sesiones nos comenta:

6 de Mayo del 2015

PACIENTE.- Pues ahorita apurada con los trabajos finales, acabo de terminar uno, de hecho aquí los hago en la escuela porque no tengo tiempo con eso de que ya sabes que soy coordinador de la campaña política de Cadereyta, así que aquí termino todo, no me preocupo mucho porque son ensayos y a mi me gusta hacer ese tipo de trabajos.

TERAPEUTA.- Y cómo fue que consiguió ser el coordinador?

PACIENTE.- Aaaa... es que un amigo me invito, es uno de mis mejores amigos, bueno de hecho fue la mama la que me hablo, dijo que yo sería un buen coordinador porque estoy estudiando psicología social y que se cómo moverme en esos ambientes y la verdad no se me dificulta nada.

No sé si te acuerdes que te conté que conocí a López Obrador, fíjate que lo salude como si fuera una persona normal, no un candidato y todos aventándose para tomarse fotos con el y yo no, y de echo me dijeron que porque lo saludaba así como cualquier otra persona y les conteste porque es una persona más del pueblo. Yo a todos trato

por igual, porque algo que odio es que haya distinción en las personas. También cuando estoy en la campaña yo si le digo a los políticos cuando algo no me parece de lo que están haciendo y a veces se las digo con malas palabras.

TERAPEUTA.- porque cuando algo no le parece tiene que decirlo con malas palabras?

PACIENTE.- No se.... Tal vez sea porque así es mi forma de ser, no me puedo quedar callado por algo que estoy viendo que se está haciendo con injusticia, aparte es algo que forma parte de mi narcisismo, porque yo se que lo tengo.

TERAPEUTA.- Entonces al hacer eso alimenta mas su narcisismo?

PACIENTE.- Si y no nadamas eso, también mis amigos, porque siempre me dicen que yo. Todo lo que me propongo lo logro. De hecho ahorita que estoy en la campaña varios compañeros que si yo me lanzo como político si quedaría, pero esa no es mi intención, yo solo quiero ayudar al pueblo porque he visto cada cosa como jóvenes sin estudiar, colonias sin agua; pero la verdad si me gustaría estar como político, ya sabes que no me gusta hacer planes a futuro, porque si no lo logro siento que me voy a frustrar.

TERAPEUTA.- A frustrar? Si usted dice que cada cosa que se propone lo logra?

PACIENTE.- Es que esto es algo que no se si podría estar por mucho tiempo, porque a mí no me gusta quedarme estancado en un mismo lugar, me gusta estar siempre en cosas nuevas y sé que si yo quiero regresar a ese trabajo, se que estará mi lugar porque saben que hago bien todo.

Si bien es innegable los histéricos emplean defensas narcisistas, y aunque es cierto también que tanto los caracteres histéricos como los narcisistas sufren de fallas en su autoestima, sienten a

menudo una profunda vergüenza, presentan una importante necesidad de atención y reconocimiento y tienden a la idealización y la devaluación, es preciso matizar que los orígenes de estos rasgos son diferentes en uno y otro grupo. Los problemas de autoestima, difusos en los narcisistas, se circunscriben en la histeria a ciertos conflictos, en especial aquellos vinculados a las identificaciones de género.

Por otro lado, los histéricos, en general cálidos y cuidadosos, estallan sólo cuando sus miedos y conflictos básicos son activados. Además, la idealización en la histeria es frecuentemente contrafóbica y vinculada a cuestiones de género maravillosos no me va a mientras que la devaluación surge como reacción al sentimiento de ataque.

4.3.2 EL CÍRCULO VICIOSO DE LA MENTIRA

Es de imaginar hasta que punto el yo histérico, para histerizar la realidad, debe ser maleable y capaz de estirarse sin discontinuidad desde el punto de vista más íntimo de su ser hasta el borde más exterior del mundo. Pero esta singular plasticidad del yo instala al histérico en una realidad confusa, medio real, medio fantaseada, donde se emprende el juego cruel y doloroso de las identificaciones múltiples y contradictorias con diversos personajes. (J.D. NASIO, pg., 23)

Como podemos observar en el siguiente discurso:

6 de Mayo del 2015

PACIENTE.- No sé si ya te había contado, que yo estuve en una tipo lista negra de aquí de la fucú, que esa va a dar a rectoría y eso hace que no te titules tan fácil o te

pongan como condición estar en terapia.

TERAPEUTA.- Y a que se debió eso de estar en la lista negra?

PACIENTE.- yo siempre me quejaba de los maestros que no iban a clases o que no daban todos los temas, así como lo indica el plan.

TERAPEUTA.- Y usted que ganaba con ir a quejarse?

PACIENTE.- Estaba en todo mi derecho de que supieran como se llevan a cabo las clases que no todo es como parece.

El paciente constantemente armaba esas historias, que cuando se le señalaba o confrontaba, su reacción era contestar con malas palabras, faltaba a la siguiente sesión, y el día que se retomaba el análisis, llegaba retándome con su mirada y sus silencios, mientras pasaba el tiempo de la sesión, el se expresaba diciendo no se me ocurre nada, no sé de qué hablar hoy.

22 de Abril el 2015

PACIENTE.-no sé si te conté pero en el partido que ando ahorita (MORENA) si llega a ganar yo me convertiría en regidor y la verdad es algo que si me gustaría porque tengo pensado hacer lo que la gente se merece, de echo un regidor gana \$30 000, no es el dinero lo que me mueve, pero se que estando como regidor habrá mucho cambio como la corrupción que es algo que siempre he estado en contra, por eso estoy en un dilema.

TERAPEUTA.- Si no es el dinero lo que lo mueve que es?

PACIENTE.- El poder y el ser reconocido por los demás. Mira no se si sepas que ya mero serán las votaciones para elegir director y yo tengo planeado hacer un paro si queda Álvaro vamos a bloquear escolar y la verdad quiero que gane el para poder

hacer eso.

TERAPEUTA.- y haciendo este tipo de cosas piensa que será reconocido?

PACIENTE.- Si porque lo que yo quiero es hacer historia que todos sepan que siempre quise ver por el bien de todos.

Así es como el histérico construye una realidad aparente que respalda la negación; y necesita implicar en ella a los demás, es decir que los demás confirmen ese falso self con el que intenta colocarse en el centro de la escena. Manipula la mente de los otros: seduciéndolos, pre seduciéndolos de esa realidad ilusoria. Es así como el histérico masculino crea dramas, crea situaciones conflictivas o llega a entrometerse en conflictos, y después de que se le cayó su “teatro” es cuando logra darse cuenta de su soledad, en donde todo es un juego.

4.3.3 MIS NOVIAS, LAS MAS PADRES

En la Histeria masculina, la seducción se constituye como el soporte privilegiado de una negociación amorosa. Para asegurarse de ser amado por todos, el ofrece su propio amor sin reservas. Como el no puede renunciar a nadie, ante todo le importa recibir el amor de todos. En nombre de su estrategia amorosa, el sujeto se reparte entre varios otros ante quienes se comprometen gustosamente al mismo tiempo. (Joel Dor, pg. 116)

Como se puede observar en el siguiente discurso.

29 de Octubre del2014

PACIENTE.- En estos días he pensado mucho en mi es, me la he topado, pero ella me voltea la cara, la verdad a mi no me incomodaría que nos volviéramos hablar. De

hecho sé que si le digo que regresemos, ella va aceptar.

TERAPEUTA.- y porque tan seguro que ella aceptara regresar?

PACIENTE.- por mi forma de hablar me ayuda mucho es algo que las mujeres les gusta. De hecho he tenido tres novias mas, con dos de echas sigo hablando.

Aquí podemos ver esta esa presente esa virilidad que lo hace sentir seguro que su forma de hablar conquistara a cualquier mujer.

En otra sesión nos comenta

26 de Noviembre del 2014

PACIENTE.- Tengo que contarte algo de Magda que paso esta semana, estuvimos platicando todos los días, nos veíamos, pero llegamos a la conclusión de que ya no nuestro no se puede volver a dar. Hablando ahora por mi es solo una fantasía el querer regresar con ella, porque ya se a lo que volvería, entonces los dos decidimos dejar ese canal abierto de comunicación, porque de otro modo al no tener comunicación volveremos a caer; de hecho me siento bien al saber que ya no regresaremos.

TERAPEUTA.- y porque dejar ese canal de comunicación, si dices que ya no volverán?

PACIENTE.- Pues no se pero, eso me hace sentir bien.

22 de Abril del 2015

PACIENTE.- todo muy bien, ya estoy más relajado, ya no tengo el trabajo de la base

de datos que estaba haciendo en a USP, ya todo termino. Ahora pues tengo otro, que es estar ayudando a un candidato de Cadereyta y ya estoy saliendo con una chava, ya llevo 3 semanas.

TERAPEUTA.- Y cómo fue que paso? Usted había comentado que no estaba interesado en conocer a alguien?

PACIENTE.- fue un momento donde no sabía qué hacer, pero me siento agusto con ella, es de aquí de la facultad, empezamos a platicar, después los dos nos dijimos que nos gustábamos y así fue empezando con ella; lo raro de esto es que yo empecé a salir con ella porque mis amigos me decían que iba a seguir repitiendo patrones, que porque siempre regresaba con Magda y por eso dije ahora si ya no. Todo está tranquilo, no sé porque todas las novias que he tenido, yo nunca les digo ¿ Quieres ser mi novia?

TERAPEUTA.- Y entonces como es que se vuelven tus novias?

PACIENTE.- Aaaa porque ellas siempre me dicen, me gustaría que esto formalizara y yo les contesto es que ya esta formalizado, estamos saliendo y es cuando ellas me dicen “ bueno quieres ser mi novio? Y yo ya les digo que sí y otra cosa que me dicen mis amigos es que tu siempre te consigues chavas casi perfectas y de buena familia.

TERAPEUTA.- Casi perfectas?

PACIENTE.- Si que no son celosas, me dejan salir, son liberales, así como con la que ando saliendo, su abuelito fundo lo que es el Tec Milenio, es también algo del periódico Milenio, pero fíjate que no ando con ellas por esas cosas, bueno al menos se que no alomejor inconscientemente.

Como podemos ver en la relaciones de pareja de Ismael, sus novias provenían de una Familia

bien, el cual el recalca como se podía fijar en el si eran muy diferentes, hasta en lo económico. Que ella era chica bien, con dinero y con coche y que pertenecía al área laboral. La relación que llevaba con los padres de su ex no era buena, ya que los padres de Magda no le permitían salir con él por su apariencia. Él siempre se quejaba de cómo la trataban a ella, que le controlaban hasta las salidas con él.

Sus novias le gustaban porque no lo controlaban, porque él era libre de salir a fiestas sin la necesidad de llevarlas; y así como eran ellas también les daba la libertad de irse con sus amigos a fiestas.

13 de Agosto del 2015

PACIENTE.- Pues esta semana ha sido muy pesada. El lunes me enteré que mi ex Magda ya está comprometida, después de que cortamos al mes conoció a otro chavo y con ese es con el que se comprometió. Ahora ella es feliz, pero lo que más coraje me da es que mis amigos ya sabían y que nunca quisieron decirme que porque yo iba a sufrir mucho; claro que si me iba a doler, pero hubiera preferido que me lo hubieran dicho a tiempo. Ahorita no sé qué es lo que me tiene más angustiado, si son mis amigos o lo de Magda.

TERAPEUTA.- Y cuál hubiera sido la diferencia que dé hubiera enterado a tiempo?

PACIENTE.- Que hubiera cerrado ese ciclo seguir con mi duelo, de hecho el lunes que me enteré ya estaba por acostarme y me acordé que tenía unas cartas, y me puse a quemarlas, es algo muy raro nunca me había sentido así y por cierto me la encontré por los pasillos y le dije “felicidades” y ella solo se quedó con cara de sorprendida, pero después me dijo gracias. En ese momento me di cuenta que el conflicto no es Magda, es conmigo.

Era muy curioso como desde las primeras sesiones, las escenas con Magda tenían que pasar en los pasillos de la Facultad y como sus relaciones de pareja se daban también ahí.

Queda esa duda si en realidad Maga si existía, por todas esas escenas que cuenta, como el de la carta que en otro momento menciono que después de enterarse de lo de Magda, el se sentó en una baqueta y se puso a llorar y fue donde rompió una de las cartas de Magda, que eso le sirvió para cerrar ese ciclo. Que terminó de llorar y lo que dijo el fue después de esto ya soltare a Magda.

Se noto ese sufrimiento por ella, en ocasiones iba muy desorganizado, fueron entre 4 o 5 sesiones donde su apariencia no era la mejor.

CAPITULO V

5.1 SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las categorías elegidas se han considerado esenciales en el tratamiento del paciente ya que se centran en la estructuración edípica, los elementos narcisistas y la mitomanía.

Durante el tratamiento ha llamado mucho la atención la manera que el cae en su propio juego “ la mitomanía”. Desde el inicio del tratamiento llamo la atención esa necesidad de ser reconocido, ser el centro de atención y la necesidad de involucrarse con alguien, siempre buscaba parejas que no le demandaran tiempo, y que fueran de familias bien. Debido a la falta de atención de los padres, el llego a tener conductas de tipo rebeldía. La comunicación que lleva con los padres solo es económica. Llego a refugiarse en estar organizando marchas en el cual él era el líder.

Se empezó a ver un cambio en su conducta, estaba consciente que él quería acaparar todo lo necesario para que familia, amigos lo reconocieran como ese líder, hubo momentos en donde se encontraba muy desorganizado, esto fue a raíz del rompimiento con su ex novia, después de este suceso fueron surgiendo otros cambios, donde el ya no se exigía tanto.

5.2 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES PERSONALES.

A modo de conclusión el presente documento se enmarcó dentro de esta línea de trabajo psicoanalítico..

El objetivo general de esta tesis era analizar un caso clínico de Histeria masculina para fundamentar las líneas de intervención clínica. Con este objetivo se quería lograr en primera instancia conocer más sobre este tipo de histeria, el cual se inicio con una fundamentación teórica, después se fundamento la práctica clínica.

Para la evaluación del proceso terapéutico ha sido fundamental la forma en que se vincula, donde en todo momento esta presenta la mitomanía y esos elementos narcisistas. En diferentes momentos de las sesiones, el paciente llego a devaluarme, así como a la USP, y a la Maestría Clínica, donde su objetivo era demostrarme que él era el mejor: en los primeros meses fue complicado que el hiciera consiente las intervenciones o señalamientos dados. Después que fue transcurriendo el tiempo de análisis, el paciente se iba dando cuenta de esas cosas que lo hacían sufrir. En el cual en algún momento de las sesiones él se permitió aceptar que estaba triste.

Desde mi punto de vista, el caso ha sido un poco complicado, ya que el paciente en las sesiones llego a mostrarse con mucha resistencia, asociaba libremente, pero era muy notorio que estuviera en la disposición de hacer cambios en su vida.

El hacer este tipo de investigación me permitió darme cuenta de mis errores cometidos en la clínica, de los logros alcanzados. También me permitió profundizar en la teoría de diferentes autores, para poder aplicarlo en la clínica.

En lo personal ha sido muy enriquecedor y satisfactorio, el ver el cambio o movimiento que hacia el paciente con las intervenciones dadas.

El cursar la Maestría Clínica me ha dado esa claridad de lo que estoy realizando en mis practicas clínicas, la manera en que estoy interviniendo y la escucha analítica. Aprendí a disfrutar más de mi profesión, de cada paciente. Y no podría faltar el acompañamiento de los profesores, los consejos y las recomendaciones que cada uno de ellos hacia, el cual era de suma importancia para la formación.

Me es muy grato decir que durante estos dos años de trayectoria en la Maestría Clínica he aprendido mucho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Freud, S. (2005) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896).
2. Freud, S. (2008) Introducción del narcisismo. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
3. Freud, S. (2003) Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). *Obras completas. Volumen III*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1894)
4. Dor, J., (1991). *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. Editorial Amorrortu.
5. Freud, S., (2003). *El sepultamiento del Complejo de Edipo en Obras Completas*. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.
6. Nasio, J. (2012) *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
7. Fenichel, O (2003). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. México: Paidós
8. Freud, S. (2000). *Psicología de las masas y Análisis del yo*. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
9. Freud, S. (2000). *La organización genital infantil*. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas Tomo, XIX*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).

10. Laplanche, J. (1994). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor. 2a. Ed.
11. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). McGraw-Hill, México.
12. (Stake, 1994; Yin, 1994; Merriam, 1998; Pérez Serrano, 1998a). Recurso metodológico para la investigación en Psicología Clínica
13. Freud. S. (1908) Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires, Argentina.