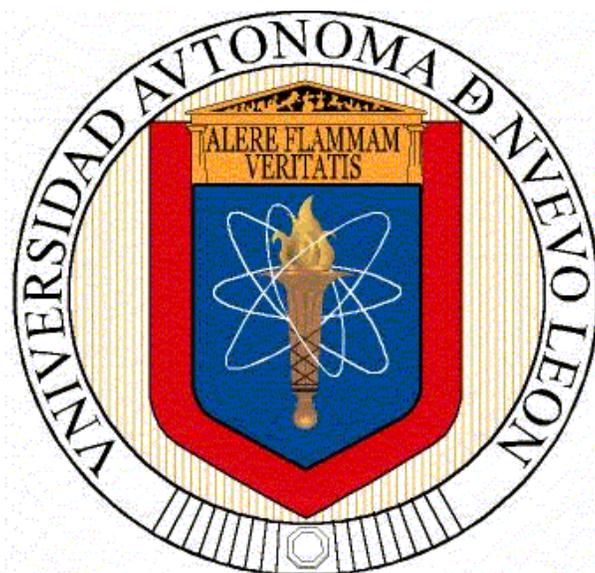


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

***La figura del padre, las relaciones de pareja y
La insatisfacción en un caso de histeria femenina***

PRESENTA:

ARIANE MELANIE FEHLE TENA

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

MONTERREY, N. L., MÉXICO,

DICIEMBRE 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



La figura del padre, las relaciones de pareja y la
insatisfacción en un caso de histeria femenina

TESIS

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

PRESENTA:

ARIANE MELANIE FEHLE TENA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

SINODALES:

DR. MANUEL GUADALUPE MUÑOZ GARCÍA

DR. ALEJANDRO MORENO MARTÍNEZ

MONTERREY, N. L., MÉXICO, 2014

AGRADECIMIENTOS

Para que este trabajo se pudiera llevar a cabo influyeron y aportaron muchas personas como transmisores de conocimiento, supervisores de mi práctica, analista de mi inconsciente, compañeras de la misma pasión, y mis personas más cercanas con su apoyo, paciencia y comprensión.

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 el Dr. Alejandro Moreno Martínez por haberse tomado el tiempo para revisar la tesis.

Agradezco a mi paciente por darme la oportunidad de aprender y ejercer a través de ella mi profesión, de lo que más disfruto. A mis maestros tanto de licenciatura como de posgrado de la UANL por transmitirme el psicoanálisis y enseñarme la teoría tan valiosa. A mis supervisores, la maestra Lupita Guajardo, el Dr. Guillermo Vanegas, la maestra Angélica Limón y Milady Vargas, por su valiosa aportación y guía sobre todo en los momentos más difíciles y de desesperación con los casos, por siempre tener una oportuna recomendación o indicación. A mi analista Lic. Antonieta Arroyo que me ha ayudado a poderme posicionar en el lugar del terapeuta y no confundirme y mezclar mi deseo con el de mi paciente e ir conociendo mi inconsciente. A mi compañera de maestría Cynthia Rodríguez que ha hecho todo más divertido y ayudado a reducir mi angustia, pero sobre todo, un gran agradecimiento a mis padres y a mi esposo por no cuestionar mi pasión por el psicoanálisis, a veces difícil de entender, pero siempre apoyándome para poderme realizar en lo que más me gusta.

Gracias a todos, esto apenas comienza!!!

RESUMEN

El presente trabajo se aborda desde la teoría psicoanalítica y contiene el análisis de caso de una mujer con neurosis histérica. La paciente estuvo asistiendo a terapia durante casi dos años, iniciando en septiembre del 2012 y terminando en julio del 2014. En ese periodo, con una regularidad semanal, se trabajó en algunos determinantes psíquicos que contribuyeron a la formación de su estructura psíquica.

La paciente acude a terapia por encontrarse en un periodo depresivo tras terminar una relación amorosa de casi 7 años. A raíz de esa separación surgen una búsqueda desesperada por ocupar ese lugar y salidas constantes con hombres distintos hasta que puede identificar que al que realmente extraña es a su padre con quien lleva casi 3 años de comunicarse sólo en lo más mínimo dejando un enorme vacío en la paciente. Además de analizar su relación con los hombres, también surge la duda acerca de su insatisfacción y su incapacidad de relacionarse con las mujeres por verlas siempre como rivales, entrando con ellas en una competencia, que más tarde puede identificar como una problemática original que lleva con su madre. Trabajando en estos aspectos tratando de hacer consciente lo inconsciente, la paciente logra mejorar su relación familiar y estar más en paz con ella misma.

El trabajo plantea como objetivo general analizar la importancia de la figura paterna en el desarrollo de las relaciones de pareja insatisfactorias en un caso de histeria femenina. Los objetivos específicos que se desarrollan y que se derivan del general son: analizar las relaciones edípicas en un caso de histeria femenina, analizar la insatisfacción en las relaciones de pareja en un caso particular y analizar la reconfiguración de las relaciones familiares a partir del trabajo terapéutico.

El estudio de caso abarca el historial clínico de la paciente. Para explicar la estructuración subjetiva de la misma, se plantearon cuatro diferentes categorías; 1. La mujer, mi rival, mi madre – la indecisión, 2. El novio más

padre – la elección de pareja, 3. Porque el otro así lo quiere, el pájaro quisiera ser nube – la insatisfacción, y 4. La desdicha familiar, esperanza para la familia.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	7
1. CAPÍTULO I: ANTEPROYECTO DEL REPORTE	
1.1 Antecedentes	8
1.2 Objetivo General	10
1.3 Objetivos Específicos	10
1.4 Supuestos	10
1.5 Limitaciones Y Delimitaciones	10
1.6 Justificación	11
2. CAPÍTULO II : FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1 Definición e historia de la histeria	13
2.2 Complejo de Edipo	17
2.2.1 El complejo de Edipo según S. Freud	17
2.2.2 El complejo de Edipo según F. Dolto	19
2.2.3 El complejo de Edipo según D. Nasio	20
2.2.4 La dinámica edípica según J. Dor	21
2.3 El pasaje del ser al tener en la histeria	22
2.4 La relación con el deseo del Otro	23
2.4.1 La dimensión del dado para ver	24
2.5 La histérica y su relación con el sexo	25
2.6 La sexualidad de la mujer histérica	25
2.7 La indecisión	25
2.8 La elección de pareja y el actuar como sí	26
2.9 La identidad femenina – la insatisfacción	28
3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Método cualitativo	30
3.2 Estudio de caso	31
3.3 Modelo psicoanalítico	32
3.3.1 Dispositivo analítico	32
3.3.2 Encuadre psicoanalítico	34
3.3.3 Proceso analítico	34
3.3.4 Instrumento	35
3.3.5 Muestra	35
3.3.6 Procedimiento	36
3.4 Técnicas y estrategias de intervención	37
3.4.1 Instrumentos para recabar información	37
3.4.2 Instrumentos de concientización	37
4. CAPÍTULO IV: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO	
4.1 Historial clínico	39
4.1.1 Resumen general de caso clínico	39

4.1.2 Motivo de consulta	41
4.1.3 Demanda del tratamiento	42
4.1.4 Sintomatología actual	42
4.1.5 Impresión diagnóstica	42
4.2 Estructura subjetiva	43
4.2.1 Contexto familiar	43
4.2.2 Figuras significativas	45
4.2.3 Estructuración edípica	47
4.2.4 Perfil subjetivo	47
4.2.4.1 Maneras de interacción	47
4.2.4.2 Rasgos de carácter	48
4.2.4.3 Mecanismos de defensa	49
4.3 Construcción del caso	50
4.3.1 La mujer, mi rival, mi madre - la indecisión	50
4.3.2 El novio más padre – la elección de pareja	53
4.3.3 Porque el otro así lo quiere, el pájaro quisiera ser nube – la insatisfacción	56
4.3.4 La desdicha familiar, esperanza para la familia	62
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	
5.1 Síntesis de la intervención clínica	67
5.2 Discusión y conclusiones personales	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es sobre una paciente histérica atendida en la clínica de Psicología en la UANL mediante el cual se pretende analizar con mayor profundidad la relación con la figura paterna, las relaciones de pareja y la insatisfacción. El planteamiento de estos temas surgen a partir del discurso de la paciente que en la mayoría de sus sesiones habla acerca de su relación con el sexo opuesto, primero tratando de resolver un duelo y luego en una búsqueda, en parte desenfadada, por encontrar un sustituto, un nuevo objeto de amor dónde pueda depositar su libido. Sin embargo, el no encontrar y vivir nuevas decepciones amorosas hacen que aparezca seguido en sesión su insatisfacción, rasgo típico de la histeria femenina.

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, señalando e interpretando lo dicho por la paciente lo cual hace que la paciente pueda hablar de la falta de relación con su padre y su anhelo de recibir su atención y aprobación, así como de su relación complicada con su madre, relación ambivalente, siendo a la vez objeto de confianza y de coraje.

Se puede decir que este estudio de caso resulta ser un claro ejemplo de la histeria, casi como de libro, facilitando la búsqueda de autores y lecturas que abarcan el tema. Sin embargo, se decidió trabajar en mayoría desde los textos de S. Freud, D. Nasio y J. Dor, haciendo énfasis en el complejo de Edipo, la insatisfacción y la relación con la mujer.

Para poder explicar la subjetividad de la paciente se partió de cuatro categorías que expresan precisamente la indecisión, la elección de pareja, la insatisfacción y su relación familiar. Para la indecisión se creó la primera categoría “La mujer, mi rival, mi madre”, “El novio más padre”, para describir la segunda categoría que es la elección de pareja. “Porque el otro así lo quiere, el pájaro quisiera ser nube”, habla sobre la insatisfacción, tercera categoría, y por último, “La desdicha familiar, esperanza para la familia”, para entender su relación familiar a través de la cuarta categoría.

CAPÍTULO I:

ANTEPROYECTO DEL REPORTE

1.1 ANTECEDENTES

La noción de la histeria se remota hasta la antigua Grecia con su médico por excelencia Hipócrates. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando Charcot incluyó/introdujo la histeria al pensamiento médico.

En un primer momento se buscaba una solución ante un padecimiento sin una lesión orgánica, atribuyendo los síntomas histéricos a la sugestión o la autosugestión.

Fueron luego Joseph Breuer y Sigmund Freud quienes estudiaron a fondo este “padecimiento” a través de tratar a una paciente histérica de 21 años de edad, Anna O.

Anna O padecía de parálisis rígida de la pierna y del brazo del lado derecho, acompañada de anestesia de los mismos y que temporalmente atacaban también a los miembros correspondientes del lado contrario. Además se observaban perturbaciones del movimiento de los ojos y diversas alteraciones de la visión, repugnancia a los alimentos y hasta la pérdida de la capacidad de hablar. Descubrieron que sus síntomas no se trataban de una dolencia cerebral orgánica, sino del misterio, hasta esos momentos, de la histeria, término introducido por los griegos.

En un inicio la técnica que utilizaba Breuer para la cura era la hipnosis ya que se había percatado que en el estado hipnótico Anna O era capaz de relatar algunas de sus fantasías que en la vida normal quedaban reprimidas. Al recordar la paciente mejoraba en todos sus padecimientos, sin embargo siempre volvía a recaer.

De esta forma se fueron dando cuenta que la histeria surgía a partir de residuos saturados de afectos, dicho de otro modo, de traumas psíquicos.

Cuando Freud comenzó a atender a sus propios pacientes, reconoció que el método hipnótico no era suficiente e implementó el método catártico y más

adelante la asociación libre para que sus pacientes a través de la palabra pudieran recordar esos eventos traumáticos de su pasado.

Sin embargo, se puede decir que encima del método descubierto, el hallazgo más importante dentro del análisis de la histeria fue que la enfermedad se origina por el hecho de encontrar impedida la normal exteriorización de los afectos desarrollados en situaciones patógenas. Quedarían entonces reprimidos en el inconsciente la representación o la idea sexual, agresiva y amenazante para el yo de la paciente y el afecto buscaría un nuevo representante tolerable para la conciencia.

Esta es la forma de la que nace la definición del síntoma histérico.

Con los años y los descubrimientos que Freud hizo en su práctica se fue revelando la especificidad de la histeria encontrando el predominio de cierto tipo de identificación, ciertos tipos de mecanismos de defensa, como la represión, y en el afloramiento del conflicto edípico desarrollos principales en los registros libidinales oral y fálico.

En la actualidad y con autores postfreudianos como David Nasio, 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 síntoma 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)

El decidir escribir un trabajo que hable de la histeria y enfocarme en el síntoma de la insatisfacción se debe a la alta recurrencia en el discurso de las pacientes atendidas en la clínica psicoanalítica, sin ser una excepción la paciente del estudio de caso en cuestión.

Para mí es importante encontrar una explicación a un síntoma que aqueja nuestra sociedad, por la búsqueda continua de encontrar la felicidad y fracasar continuamente resultando en el síntoma de la insatisfacción. Tener

un conocimiento más profundo en este tema me ayudará tanto en lo personal como en lo profesional para poder estar más satisfecha y llevar o guiar a mis pacientes por ese camino o proceso.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia de la figura paterna en el desarrollo de las relaciones de pareja insatisfactorias en un caso de histeria femenina.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar las relaciones edípicas en un caso de histeria femenina.
2. Analizar la insatisfacción en las relaciones de pareja en un caso particular.
3. Analizar la reconfiguración de las relaciones familiares a partir del trabajo terapéutico.

1.4 SUPUESTOS

- La figura paterna determina la estructuración en la histeria femenina.
- Las relaciones de pareja insatisfechas son producto de las fallas en la estructuración edípica.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El contexto en la que se ha estado atendiendo a la paciente es el siguiente: las sesiones se llevaban a cabo en la clínica de la facultad de Psicología de la UANL. Desde que iniciamos el tratamiento hemos estado en el mismo consultorio, donde nos hemos visto una vez por semana por 45 minutos. Comenzamos viéndonos los jueves, pero en enero del 2013 se cambió al miércoles, manteniendo el mismo horario debido al cambio de horas clases en la maestría de la terapeuta y sus horarios de trabajo. A partir

del nuevo semestre adelantamos la sesión por dos horas, porque la paciente tenía clases a la hora que estaba establecida la sesión anteriormente.

Aunque se han presentado pocos limitantes, un factor negativo ha sido la solvencia económica de la paciente, por la que se vió obligada de suspender durante tres meses su tratamiento.

Las primeras entrevistas iniciaron el 13 de septiembre y el análisis propiamente dicho el 27 del mismo mes del 2012. Es decir, que se trabajó con la paciente por un año y diez meses sin contar las interrupciones.

Durante este periodo lo que se trabajó con la paciente fue en relación a su motivo de consulta que giraba en torno al duelo del término de su relación de noviazgo de siete años, su relación con los hombres, la dinámica edípica en cuanto a su relación con su padre ausente y su identificación con la madre, así como su insatisfacción con ella misma por no seguir su propio deseo, sino vivir en función del deseo del otro. Además se abarcaron otros temas, pero no son relevantes para el estudio de caso aquí en cuestión.

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

El estudio de caso es acerca de una paciente específica por lo que los puntos a analizar y a elaborar en este estudio están en función de la paciente misma.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo sirve para profundizar y tener en claro la histeria y aundar en el complejo de Edipo y el surgimiento de sus síntomas, en específico la insatisfacción y la elección de pareja.

De esta manera se puede contar con un mayor conocimiento teórico y aplicarlo de la mejor manera en la práctica clínica, donde se ha observado que una gran cantidad de las pacientes atendidas son histéricas y llegan con una queja de insatisfacción.

El dominar la teoría sería importante para tenerla como silenciosa acompañante durante las consultas y poder ofrecer de esa forma a los pacientes una mejor intervención por parte del terapeuta y así poderlos llevar a aceptar la castración(¿) y conformarse en su intento de completud.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este apartado se revisará la teoría respecto a la histeria femenina, tocando los puntos de su historia y de las definiciones, haciendo énfasis en la sintomatología a partir de los casos de Elizabeth DN y el caso Dora, así como el rasgo de la insatisfacción, todo ello a partir de los escritos por Sigmund Freud. Posteriormente se revisarán autores como Joel Dor, David Nasio y Jaques André para completar y entender mejor la neurosis histérica de la actualidad que se presenta en nuestros consultorios.

2.1 Definición e historia de la histeria

Si buscamos el término de histeria en el diccionario de la Real Academia Española (RAE), encontramos la siguiente definición: proveniente del griego, como una enfermedad nerviosa crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre, caracterizada por gran variedad de síntomas, principalmente funcionales y a veces por ataques convulsivos. Su segunda definición es, un estado pasajero de excitación nerviosa producido a consecuencia de una situación anómala. (RAE, 2013).

Para profundizar la descripción del término y metiéndonos ya en la materia del psicoanálisis, encontramos la definición de histeria en el diccionario psicoanalítico de LaPlanche y Pontalis de la siguiente manera:

“Una clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión en el cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos o duraderos, y la *histeria de angustia* en la cual la angustia se halla fijada en forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias). “ (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg.171)

Pero, ¿cómo fue que se llegó a esta definición? Para esto veamos un poco de historia. Como ya mencionado, el término histeria surge con los griegos,

en cuyo lenguaje la palabra significa matriz. Para los de la antigua Grecia, sobre todo Hipócrates, la histeria era una enfermedad orgánica de origen uterino, y por lo tanto específicamente femenina, que tenía la particularidad de afectar el cuerpo en su totalidad con “sofocaciones de la matriz”.

En la edad media, bajo la influencia de las concepciones agustinianas, se renunció al enfoque médico de la histeria, y la palabra misma dejó de emplearse. Las convulsiones y las famosas sofocaciones de la matriz eran consideradas como expresiones de placer sexual o en el peor de los casos de posesión del demonio, por tanto de pecado. Era un diablo engañador, capaz de simular las enfermedades y entrar en el cuerpo de las mujeres para “poseerlas”. Así fue como la mujer histérica se convirtió en la bruja, perseguida, ultrajada, maltratada y asesinada.

Durante el renacimiento se permitió hasta la matanza de esas “brujas” y no fue hasta el siglo XVI que el médico alemán Jean Werner contrarrestó esas creencias, diciendo que las convulsiones eran enfermedades mentales y que las poseídas no eran responsables de sus actos.

En el siglo XVII se fundó en Paris el hospital de la Salpêtrière, en un inicio para encarcelar prostitutas, jóvenes pervertidas y adúlteras, y fue hasta el siglo XIX en 1862 que el neurólogo francés Jean-Martin Charcot fue nombrado director general y logró separar a las dementes, de las epilépticas, de las histéricas. Charcot concentró su atención en éstas últimas y alcanzó el dominio de la histeria. Charcot demostró que la histeria era una entidad clínica, somática. La describía como un desorden orgánico del sistema nervioso superior con una localización anatómica y fisiológica desconocida y difusa. Con este cuadro sintomático físico asegurado, la histeria se reconoció más ampliamente y creció hasta convertirse en un diagnóstico corriente en el repertorio del médico clínico.

Después de Charcot, fue Josef Breuer, médico vienés, quién aplicó por primera vez el “procedimiento” psicoanalítico a una muchacha afectada de histeria. Esa paciente presentaba una serie de perturbaciones corporales que

después de descartar daños orgánicos, se diagnosticó como una afectación anímica. En un inicio, Breuer desconocía el método adecuado para tratarla, pero fue descubriendo que la paciente, en sus estados de ausencia, murmuraba entre sí algunas palabras que parecían provenir de unos nexos que dominaran en su pensamiento. Fue así como empezó a utilizar la hipnosis para que reprodujera creaciones psíquicas que la gobernaban. Así se descubrió que cuando recordaba en la hipnosis, exteriorizando los afectos, la ocasión y el asunto a raíz, sus síntomas desaparecían.

A través de estas investigaciones Breuer se convenció que casi todos los síntomas habían nacido como unos restos de vivencias plenas de afecto, a las que luego se les llamó “traumas psíquicos”, y su particularidad se esclareció por la referencia a la escena traumática que los había causado.

Mientras Breuer hacía sus experimentos con sus pacientes, Sigmund Freud atendía con el mismo método a sus pacientes histéricos, desarrollando así, poco a poco, el método psicoanalítico. De lo que observaba en la paciente del Dr. Breuer y en sus propios casos atendidos, Freud llegó a la conclusión que sus enfermos de histeria padecían de reminiscencias. Es decir, que sus síntomas son restos y símbolos anémicos de ciertas vivencias traumáticas. No es sólo que recuerden las dolorosas vivencias de un lejano pasado, todavía están adheridos a ellas, no se libran del pasado y por él descuidan la realidad afectiva y el presente. Esta fijación de la vida anímica a los traumas patógenos es uno de los caracteres más importantes y de mayor sustantividad práctica de las neurosis.

Los afectos desarrollados en la situación patógena hallaron bloqueada una salida normal, y la esencia de su contracción consistía en que entonces esos afectos “estrangulados” eran sometidos a un empleo anormal. En parte persistían como unos lastres duraderos de la vida anímica y fuentes de constante excitación: en parte experimentaban una trasposición a inusuales inervaciones e inhibiciones corporales que se constituían como los síntomas corporales de los casos. A esto se le llamó conversión histérica.

A partir de los excelentes trabajos de Breuer parece indiscutible que el complejo sintomático de la histeria justifica la hipótesis de una disociación de la conciencia. Llega al yo una experiencia, una representación o una sensación, que al despertar un afecto penoso (por connotación por lo general de índole sexual) que hace que mueva al sujeto a decidir olvidarlos, no juzgándose con fuerzas suficientes para resolver por medio de una labor mental la contradicción entre su yo y la representación intolerable. Es decir, la labor que el yo se plantea de considerar como non arrivée la representación intolerable es directamente insoluble para él; ni la huella anémica ni el afecto a ella inherente pueden ser hechos desaparecer una vez surgidos.

Pero hay algo que puede considerarse equivalente a la solución deseada: se anhela debilitar la representación de que se trate, despojándola del afecto a ella inherente; esto es del tamaño del estímulo que consigo trae. La representación así debilitada no buscará ya a la asociación. Más la magnitud de estímulo de ella separada habrá que encontrar un distinto empleo. La representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de magnitud de estímulo en excitaciones somáticas. Este proceso se llama conversión.

David Nasio en su libro *el Dolor de la Histeria* lo describe de la siguiente manera: “La histeria inicia con la aparición de una representación sexual inconsciente que culmina con la aparición de un síntoma histérico en el paciente”. Nasio lo explica con un niño, tomado de improviso, que fue víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto o por su propio cuerpo erógeno. Lo vive como un trauma por su propia inmadurez para entender el acontecimiento y la tensión que aflora en su cuerpo, lo cual quiere decir que surge en él demasiado afecto inconsciente porque falta la angustia necesaria que, al producirse el incidente, hubiese permitido al yo del niño amortiguar y soportar la tensión excesiva. Así se instala en el inconsciente del niño un exceso de tensión inasimilable y errabunda que no llega a descargarse en una llamada de socorro o en una fuga. Este exceso de afecto subsistirá en el yo a la manera de un quiste, y pasará a constituir el foco mórbido generador de los futuros síntomas histéricos. Habría que añadir, que

a la hora del trauma, el niño también registra una imagen, que estará altamente investida de afecto, aislada, penosa para el yo, y será de igual forma fuente del síntoma histérico. Sin embargo, no es tanto la huella psíquica del trauma lo que enferma, sino el mecanismo de defensa que utiliza el sujeto, que en la histeria es la represión. La represión es una defensa desafortunada contra la representación portadora de exceso de afecto. La represión, para proteger al yo, lo única que hace es aislar cada vez más a la representación traumática de la conciencia, y hasta cierto punto volverla más peligrosa dejándola en el inconsciente. (D. Nasio, 1991, pg. 26)

Podríamos entonces decir que en la histeria nos hallamos en 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. La solución a este conflicto es un compromiso que consiste en invertir otra representación desplazando su energía dejando fuera de juego la represión. La carga se transforma, pero no deja de ser un exceso de energía.

En la medida en que Freud descubrió en la histeria de conversión rasgos etiopatogénicos fundamentales, el psicoanálisis logró relacionar la misma estructura histérica con diversos cuadros clínicos que se traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia, incluso en ausencia de síntomas fóbicos y de conversivos manifiestos.

La especificidad de la histeria se busca entonces en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos de defensa (especialmente la represión, a menudo manifiesta), y en el afloramiento del conflicto edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral.

2.2 El complejo de Edipo

2.2.1 El complejo de Edipo según S. Freud

El complejo de Edipo en la niña, inicia igual que en el varón, teniendo a la madre como primer objeto de amor ya que es ella quien en los primeros

años de vida se hace cargo del bebé, tratando de satisfacer las necesidades del mismo. Lo amamanta (fase oral) y lo cambia, lo atiende, lo baña (fase anal).

En la fase fálica la niña habrá anteriormente descubierto sus genitales, zona dispensadora de placer, ahora nota el pene del niño, tal vez del hermano, primo o compañerito, pene visible y de notable tamaño, superior a su propio órgano el clítoris, pequeño y escondido. A partir de ahí surge en ella la envidia del pene, quiere tener algo que sabe que ella no tiene pero que el otro si tiene. (S.Freud, 2003, pg. 2899)

En el caso de que la niña se rehuse a aceptar el hecho de su castración, de no tener pene, y afirma que ella si lo posee, puede llegar a comportarse como un varón y en el peor de los casos producir una psicosis. Sin embargo, si la acepta, sufre una herida en su narcisismo por un sentimiento de inferioridad. En un inicio intenta darle una explicación, pensando que es un castigo personal, que había poseído un genital grande pero lo había perdido por castración. Con el tiempo se da cuenta del carácter universal y no le queda otra más que aceptar la castración, pero empieza a compartir el menosprecio del varón por ese sexo mutilado. (S. Freud, 2003, pg. 2899)

Podemos observar que la envidia del pene nunca deja de existir, por ejemplo en el rasgo de carácter de las mujeres celosas. Otra consecuencia importante a considerar de la envidia del pene llega a ser la debilidad de su vínculo tierno con el objeto-madre ya que le echa la culpa de haberla traído al mundo con una dotación insuficiente y por lo tanto la responsabiliza por la falta de pene. La niña llega a creer que la madre ama más a quien si lo posee. (S. Freud, 2003, pg. 2900)

El efecto más importante de la envidia del pene es que se aparta de la masculinidad por no poder competir con ella y del onanismo masculino y tenga la necesidad de encaminarse a una nueva forma de feminidad.

En el contexto con estos momentos arriba comentados entra en juego el complejo de Edipo. La niña se ve necesitada de deslizar su libido a una nueva posición.

Resigna el deseo del pene por el deseo de tener un hijo (pene=hijo) y con este propósito toma al padre como objeto de amor mientras que la madre pasa a ser objeto de los celos. En esta nueva situación puede haber un despertar prematuro del aparato genital femenino, pero si eso no llegara a ser posible, se defendería con una identificación-padre para así regresar al complejo de masculinidad y tal vez quedarse fijada en él.

El complejo de Edipo en la niña culmina en el deseo alimentado por mucho tiempo de recibir un regalo, un hijo del padre. El complejo de Edipo es abandonado poco a poco porque este deseo no se llega a cumplir nunca.

Ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual. De esta forma mudan las aspiraciones sexuales en aspiraciones tiernas.

En la niña el efecto del complejo de Edipo es mínimo, ya que lo que la marca es la castración. Sin embargo se reconoce como un fenómeno central del periodo sexual de la primera infancia antes de caer sepultado y sucumbir a la represión, seguido por el periodo de latencia. (S. Freud, 2003, pg. 2901)

La niña quiere considerarse la amada predilecta del padre, sin embargo tiene que vivenciar la desilusión dolorosa que el padre es de la madre y quedaría entonces insatisfecha sin esperanza. La autoridad del padre o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del superyó, que toma prestada del padre su severidad, perpetúa la prohibición del incesto y asegura así al yo contra el retorno de la investidura libidinosa de objeto.

2.2.2 El complejo de Edipo según F. Dolto

Francoise Dolto escribe en su libro “ En el juego del deseo” (1983), acerca del complejo de Edipo que la niña que ha pasado los tres años de edad, descubre que es niña, no porque la hayan nombrado como tal, ni por

su forma de vestir, sino debido a que su sexo no está hecho como el de los niños. Hasta ese descubrimiento ella veía a su prójimo como un semejante en todo aspecto. Ahora destapa la verdad que el niño tiene pene y lo envidia. A partir de este momento la niña necesita escuchar palabras simples, de preferencia de parte de la madre, que le diga la verdad sobre su conformación sexual, que es normal de su edad y que luego se convertirá en mujer. Así la niña se asegura que más tarde tendrá pechos y también dará a luz a hijos, aunque piense que sean producto de excrementos procedentes de un consumo oral. Esto le marca la entrada en el bando femenino.

La niña acepta con despecho el descubrimiento de su conformación sexual y es compensada por la esperanza de una maternidad. Pero si la madre goza del amor del padre, y el padre le presta alguna atención a su hija, ésta envidia a su madre el ser la compañera del padre, las atenciones amorosas de su esposo y sus intimidades en la cama. De tal forma la conducta de la hija con respecto a la madre va a imitar a la de la madre con respecto al padre. Se puede decir que se encuentra en la escuela de mujeres. Los peluches o las muñecas son substitutos compensadores de su inferioridad de niña.

Igual que en Freud, Dolto plantea que el complejo de Edipo sucumbe a partir de la ley del padre, que prohíbe el incesto. Aceptar esa ley que rige la sociedad de los humanos, la ley de la prohibición absoluta, para siempre de la realización del deseo incestuoso, no es nada fácil. (F. Dolto, 1983, pg 185-226)

2.2.3 El complejo de Edipo según D. Nasio

David Nasio describe la diferencia de sexo de la siguiente manera: Sorprendida ante el cuerpo castrado de la madre y confirmando así su propia castración, se ve asaltada por la incontenible apetencia de tener ese falo que le falta, o de ver que su pequeño falo clitorídeo ha crecido. Dominada por esta apetencia, arrume en ella de inmediato un odio reivindicado respecto a su madre, esa madre a la que considera responsable de haberla hecho mujer

y de no haber sabido protegerla garantizándole la permanencia de una fuerza fálica. (D.Nasio, 2005, pg. 56)

2.2.4 La dinámica edípica según J. Dor

Habiendo estudiado a Freud y a Nasio referente a la histeria, Joel Dor nos plantea lo siguiente, y en eso coincide con Freud, que las estructuras psíquicas se constituyen para cada uno en función de los amores edípicos, es decir, la relación que el sujeto mantiene con la función fálica, con la función paterna. Sin embargo describe la dinámica edípica desde la dialéctica del ser y el tener, esto es, el momento que conduce al sujeto de una posición donde está identificado con el falo de la madre, a otra posición donde, renunciando a dicha identificación, y por tanto aceptando la castración simbólica, tiende a identificarse o bien con el sujeto que supuestamente no lo tiene o, por el contrario, con aquel que supuestamente lo tiene. En tanto regula el curso del Edipo, la función fálica supone cuatro protagonistas: la madre, el padre, el niño y el falo. Este último término constituye el elemento central a cuyo alrededor vienen a gravitar los deseos respectivos de los otros tres. (J. Dor, 1991 pag. 86)

La función fálica se caracteriza prioritariamente por la incidencia que adquirirá para el niño el significativo fálico en el curso de la evolución edípica. El primero momento gira en torno al cuestionamiento de la identificación fálica. Se identifica con el único y exclusivo objeto del deseo de la madre, es decir, con el objeto del deseo del Otro, y por consiguiente con el falo. Pero finalmente se va a encontrar con la figura paterna que designa la función fálica que es operatoria por lo mismo que sectoriza el deseo del niño respecto a una instancia simbólica mediadora: El padre simbólico. Su sentido en la intervención edípica se especifica por el solo hecho de ser puramente significativo, en lo cual se resume fundamentalmente la función paterna como tal. Pero si esta función paterna es estructurante ella supone que interviene en el registro de la castración.

Con esto se deben de situar las apuestas edípicas fuera de la realidad, en el sentido de que el Edipo es y sigue siendo siempre una movilización imaginaria en el niño. Lo estructurante para el niño es poder fantasmaticar un padre, es decir, elaborar la figura de un padre imaginario a partir de la cual investirá ulteriormente la dimensión de un padre simbólico. Esto significa que no necesariamente tiene que haber un padre real, el padre puede estar presente o ausente, no influirá.

En la medida en que el discurso materno deja en suspenso la interrogación del niño sobre el objeto del deseo de la madre, esta cuestión resurge con mayor fuerza y lo empuja a profundizar su interrogación. Esta suspensión significativa ante el enigma de la diferencia de sexos es capita, en el sentido de que impone al niño interrogar al deseo materno más allá del lugar en que su identificación fálica encuentra un punto de detención. El discurso de la madre le asegura un apoyo favorable hacia nuevas investigaciones, que lo conducirá al umbral de un horizonte mucho más enigmático y que anuncia el orden de la castración.

2.3 El pasaje del ser al tener en la histeria

Pero ¿cómo se da en la histérica el pasaje del ser al tener? Esto está determinado por la intrusión paterna. El padre imaginario se manifiesta como un padre privador y frustrador porque es reconocido por la madre como aquel que le hace la Ley, así lo describe Lacan, el deseo de la madre se revela al niño en la dimensión del tener. Además precisa, que para tenerlo, primero ha de haberse planteado que no se le puede tener, hasta el punto de que esa posibilidad de ser castrado es esencial en la asunción del hecho de tener el falo. Ese es el paso que se debe dar, ahí debe intervenir en algún momento eficazmente, realmente, efectivamente, el padre. En la medida en que interviene el padre como el que tiene el falo y no como el que lo es, puede producirse ese algo que reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre, y ya no solamente como objeto del cual el padre la puede privar. (J. Dor, 1991, pg. 85-87)

Una característica del histérico es que interroga sin descanso la atribución fálica. Por un lado, el padre tiene el falo de derecho y por esta razón la madre lo desea en él, por el otro, el padre no lo tiene sino porque priva de él a la madre. Aceptar que el padre sea el único depositario legal del falo es comprometer el propio deseo junto a él bajo el modo de no tenerlo. En cambio, impugnar ese falo en tanto el padre jamás lo tiene sino porque ha despojado de él a la madre, es abrir la posibilidad de una reivindicación permanente en cuanto al hecho de que la madre también puede tenerlo y de que incluso tiene derecho a él.

2.4 La relación con el deseo del Otro

Uno de los elementos más constitutivos del funcionamiento de la estructura histérica es su relación con el deseo del Otro.

El objeto del deseo edípico, el falo, es aquello de lo cual el histérico se siente injustamente privado, no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino ante aquel que supuestamente lo tiene. Esto nos lleva a la identificación histérica.

Dor pone en su libro “estructuras clínicas y psicoanálisis”, el ejemplo de una mujer histérica que puede identificarse gustosamente con otra mujer si se supone que esta conoce la respuesta al enigma del deseo. ¿Cómo desear cuando se está privado de aquello a lo cual se tiene derecho?. La mujer se presenta como no teniéndolo, pero deseándolo a pesar de todo ante aquel que supuestamente lo tiene, esa mujer aparece de entrada para la histérica como aquella que le dará la solución a su pregunta. Se identifica con su modelo. Sin embargo jamás le va a dar la respuesta esperada y hace que aumente la economía insatisfecha del deseo.

El aceptar no tener el falo es poderse identificar con aquella que no lo tiene, pero que lo desea junto a aquel que supuestamente lo tiene.

El otro tiene que ser investido por la histérica en un lugar privilegiado y tiene que tener los medios para poder responder a lo que cree que ese otro espera de ella. Ese lugar privilegiado es el de Amo, suponiendo que I es quien sabe lo que el histérico se esfuerza en desconocer acerca de la cuestión de su deseo.

Este deseo histérico, del deseo del otro provoca en la mujer histérica algunos síntomas. Uno de ellos es la necesidad de poner en segundo plano su propia voluntad para reforzar la de los demás, defendiendo las ideas, convicciones y opciones del otro. (J. Dor, 1991, pg.89)

2.4.1 La dimensión del dado para ver

Otro aspecto es la dimensión del dado para ver. Ponerse al servicio del otro equivale siempre a tratar de mostrarse uno mismo a través del otro y, así aprovechar su “brillo”. Para gustar y tratar de satisfacer lo que imagina es el placer del otro, la histérica se sacrificará.

En todo sujeto histérico persiste una queja arcaica de no haber sido suficientemente amado por el Otro. Por eso la histérica se llega a investir como un objeto desvalorizado e incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal: el falo.

Esto nos lleva a la identidad de la histérica, siempre insatisfecha, desfallecida, parcial frente a una total, ideal. De ahí provienen sus esfuerzos insaciables por dicha identidad. Quiere pasar a ser el objeto ideal del Otro, algo que nunca ha sido.

Para mantener su deseo el sujeto se esfuerza en no darle jamás un objeto sustitutivo posible, al fin de que la insatisfacción resultante motorice cada vez más al deseo en esta aspiración hacia un ideal de ser. Para lograrlo siempre intentará ponerse en escena, y estar en la mirada del Otro.

En la histérica la seducción esta siempre al servicio del falo más que del deseo. Su meta es hacer desear al otro. (J.Dor, 1991, pg. 93).

2.5 La histérica y su relación con el sexo

En cuanto a la histérica y su relación con el sexo, una mujer puede encontrar, al lado de un hombre lo que él no tiene en absoluto. Pero, recíprocamente, algo de la dimensión fálica proyectada en la mujer, moviliza el deseo de un hombre junto a ella. Se trata de tener supuestamente lo que el otro no tiene. Por lo que podemos decir, que la dimensión de la falta es la que gobierna la relación con el sexo de la histérica. Constituirse como quien puede ser ese falo del otro es siempre negarse a aceptar encontrarse con la falta. (J. Dor, 1991, pg. 99)

2.6 La sexualidad de la mujer histérica

La sexualidad es otro punto interesante a considerar en la histérica, ya que llama la atención por su queja sexual. El hombre no la sabe hacer gozar, no le hace el amor con suficiente frecuencia, su sexo es demasiado pequeño o grande, pero también al revés, pensando que siempre quiere hacer el amor con ella, sin preguntarle si tiene ganas. Cuanto más se queja la histérica de estar insatisfecha sexualmente, tanto más moviliza la insatisfacción sexual masculina. Y a la inversa, cuanto más se ciega el hombre en su seguridad sexual, tanto más ofrece la prueba de que la histérica tiene razón de esperar siempre más.

2.7 La indecisión

Esta relación con el sexo está ampliamente sobredeterminada por cierto montante de registro de la realidad, donde la lógica histérica del deseo va a encontrar puntos de apoyo favorables. Uno de ellos es el ideal al que la histérica rinde sacrificio sin condiciones. Esto desencadena un afán de perfección que va a movilizar sin descanso a la mujer histérica y que encontrará sustento en los estereotipos culturales e ideológicos como son la belleza y lo femenino. Lo va a vivir como algo persecutorio y negativo, usando expresiones como “soy fea”, “no soy suficientemente alta” etc. En un primer instante podría parecer un simple narcisismo, pero en la histérica alcanza un grado extremadamente invasor por el hecho de querer gustar al otro y nunca

poder alcanzar un sumo de perfección para asegurárselo pero nunca pierde la esperanza de lograrlo.

La histérica se convierte así en el juez más tiránico en este ascenso por el lado del ideal de perfección. Nada será jamás suficientemente bello para neutralizar la huella de las imperfecciones y borrar los defectos. Esto tiene como consecuencia la formación del síntoma de la indecisión, algo tan nombrado entre las mujeres y que seguido se presta a chistes y burlas. Puede ser algo cotidiano banal de escoger la vestimenta del día, hasta la indecisión con respecto a la elección de la pareja amorosa. Aún y cuando haya elegido continuará la incertidumbre, dudas y arrepentimientos, pensando que lo que no se escogió hubiera sido mucho mejor. (J. Dor, 1991, pg. 100-101)

2.8 La elección de pareja y el actuar como sí

En cuanto a la elección de una pareja, estar sin estar constituye, para la histérica, en su relación con el otro, una puerta de salida saludable en el caso de que su elección resulte equivocada y podrá así mantener el deseo histórico de permanecer insatisfecha. Esto lleva a la histérica a actuar como si para ocultar esas imperfecciones o “malas decisiones” lo cual la dejará psíquicamente agobiada. Así como la imperfección en la belleza alcanza un alto grado de importancia y preocupación, también se aflige por sus imperfecciones intelectuales.

Nunca va a ser lo suficientemente inteligente y va a generar síntomas como “con más que lea no puedo retener nada” o “no comprendo lo que me explican”. Por lo tanto la histérica va a ser llevada a persuadir de antemano de que jamás sabrá dominar nada del menor saber. De igual forma que ante la belleza, una solución podría ser el “Hacer como sí” intentando desesperadamente ser el reflejo del saber de otro. Al hacerse portavoz del saber del otro, ella neutraliza sus propias lagunas. Esta megafonía está sustentada por la constante preocupación de gustar al otro y de constituirse como objeto que podría colmar su falta.

Gustar al otro es primero pensar como él, luego hablar como él y, en el mejor de los casos, pensar y hablar como él, pero en su lugar. Tal inconsistencia transige con el proyecto de disolverse en el deseo del otro y de no existir más que como su mero reflejo. De aquí proviene esa aptitud característica del discurso histérico de convertirse en el discursos del otro. En este sentido, puede convertirse en discurso de todos, ya que es un discurso prestado.

En cuanto a la elección de pareja de la mujer histérica J. Dor puntualizó que fácilmente seduce a los compañeros masculinos de sus amigas ya que el compañero de otra mujer siempre será mejor provisto que el suyo propio. Es decir, el otro hombre siempre tiene algo más o mejor que éel que está en uso.

La histérica adhiere también su elección de pareja al ideal de la perfección e intenta retener a aquel de quien pueda estar segura de que responderá a todas sus exigencias. Ahí la histérica desconoce haber optado por no encontrar jamás a ningún hombre a la altura de la situación esperada. De ahí la afición a escoger compañeros inaccesibles, cuanto más inabordable sea, más podrá mantenerse la ilusión de que el feliz elegido no habrá de decepcionarla. Por lo tanto, suele elegir a un compañero extraño, distinto para mantenerlo como compañero inaccesible. Si además su ser extraño lo mantiene a distancia, rápidamente se convertirá en la pareja soñada. Si el "extraño" se vuelve común, se vuelve inmediatamente decepcionante como el resto. Uno de las constantes en la elección de pareja de la histérica es la queja sorda, o por el contrario, folklórica que expresa con respecto a los hombres.

La mujer no puede cerrar su elección en el primer hombre que se le aparece. Se produce casi siempre con tanteos, ensayos o errores para mantener la vacilación histérica. En general, el compañero seleccionado lo es por suceder a un desengaño o a una ruptura sentimental. Así la histérica le señala que toma el lugar de otro que fue muy importante, incluso de otro inaccesible que habría sido mejor que él. Así pues, tal compañero es elegido siempre por falta de algo mejor. Aquí es cuando el cuerpo cobra importancia. Ella se entrega,

da su cuerpo, mostrando una posición de sacrificio. Aparece entonces como aquella por la cual el hombre puede advenir, como aquella por la cual la incompletud del hombre puede recibir un objeto de satisfacción tan perfecta como sea posible.

Estamos equivocados si pensamos que el hombre buscado es la reproducción del padre porque lo que la histérica requiere a través de un hombre es un padre completo, un padre como jamás existió para colmar así las fallas imaginarias del padre. Por lo tanto debe ser más fuerte, más bello, más poderoso de lo que fue el padre, convirtiéndose en el Amo que ella busca. (J. Dor, 1991, pg.102- 108)

2.9 La identidad femenina – la insatisfacción

Otra manifestación característica es el problema de la identificación con ser mujer ya que se juega ahí su identidad femenina. Por lo general, se fija un modelo femenino para tratar de asumir su propia feminidad.

La relación de la mujer histérica con su padre es una relación ambivalente. Puede ser un objeto investido positiva o negativamente, siendo un objeto de amor o un objeto caído que reclama enterneamiento. Ve al padre como un padre impotente, insatisfecho que merece un apoyo o es hóstil hacia él por considerarlo el culpable de la desdicha familiar.

El padre es así visto como un tirano que aniquila simultáneamente a la madre y a la hija, y la hija ve la necesidad de sostener a la madre y se alía con ella. Al ractificar la queja de la madre insatisfecha, el padre se vuelve un incomprensivo de las mujeres y por lo tanto alguien que no merece a una mujer como su madre. La hija es capturada en el deseo histérico de la madre desde el momento en que debe compartir la desdicha materna y sostener todos sus desfallecimientos. Como consecuencia se suele ver un discurso de rebeldía y de repulsión hacia el padre.

Como dice Dor: La histérica ahorra su propio deseo, por un lado está sujeta al deseo del otro, el padre víctima de una mujer que no lo ha comprendido: por

el otro, se pone al servicio de la causa materna. Renuncia a su deseo y se moviliza a la cuestión del deseo del otro, ya sea caído o maltratado. Su deseo no encuentra respuesta por el lado materno por lo que intenta hacerse cargo del deseo paterno insatisfecho.

La histérica se agota con el juego de las identificaciones, tendiendo hacia un ideal de perfección con el objetivo de quedar siempre insatisfecha; insatisfacción que evita la realización imaginaria del incesto para mantenerlo mejor. (J. Dor, 1991, pg. 91)

CAPÍTULO 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

El enfoque de investigación que se implementó en el presente proyecto es de tipo cualitativo. El análisis y la interpretación de estos elementos subjetivos que subyacen en el sujeto requieren de un proceso de investigación enfocado desde una perspectiva cualitativa ya que integran en toda su complejidad los mecanismos, factores y sistemas que producen su sentido específico, pero sobre todo que recobran al sujeto como centro mismo del conocimiento.

El método cualitativo tiene varias características:

- Su objetivo es la captación y reconstrucción de significado.
- Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico.
- Su modo de captar la información no es estructurado sino flexible.
- Su procedimiento es más inductivo que deductivo.

En vez de intentar generalizar de una muestra pequeña a un colectivo grande cualquier elemento particular de la sociedad, la investigación pretende captar todo el contenido de experiencias y significados que se dan en un solo caso.

Al final de cuentas se trata de indagar cómo la gente le da sentido a sus vidas. Esto ocurre a través de una recogida esmerada de datos y observaciones lentas, prolongadas y sistemáticas a base de notas, baremos, records, ejemplos etc., descripciones, entrevistas abiertas, observaciones no estructuradas, revisiones de documentos y la evaluación de experiencias personales. Además utiliza materiales de introspección, historias de vida, textos observacionales, interactivos y visuales. Es una metodología

específica orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de significados que brotan de la interacción simbólica entre los individuos. (J. Ruiz, 1999, pg. 15).

Como menciona J. Ruiz en su libro “Metodología de la investigación cualitativa” , “No sólo se observan y graban los datos, sino que se entabla un diálogo permanente entre el observador y lo observado, entre inducción (datos) y deducción (hipótesis), al que acompaña una reflexión analítica permanente entre lo que se capta del exterior y lo que se busca cuando se vuelve, después de cierta reflexión, de nuevo al campo de trabajo. (J. Ruiz, 1999, pg. 24)

3.2 ESTUDIO DE CASO

La psicología clínica de orientación psicoanalítica se alejó del modelo de investigación positivista que negaba el estudio de la subjetividad. Sin embargo, con el tiempo surgieron nuevos modelos y métodos de investigación más flexibles e hicieron que la estrategia metodológica de investigación en el campo psicoanalítico fuera el estudio de caso. Este tipo de investigación parte de las siguientes premisas: la constitución escindida del sujeto psíquico y la explicación de la conducta como producto del conflicto inconsciente.

Podríamos entonces citar al Dr. Manuel Muñiz (2010) para definir el estudio de caso como una descripción y un análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es una instancia tomada de una clase, elegida por su interés intrínseco, o por la decisión de estudiar en profundidad.

El estudio de caso se elige cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir e interpretar, más que en probar hipótesis.

El estudio de caso es heurístico porque ilumina la comprensión del lector del fenómeno objeto de estudio ya que puede dar lugar a descubrimientos de

nuevos significados a un replanteamiento del fenómeno en cuestión. Por lo tanto el estudio de caso es considerado instrumental por su pretensión de convertirlo en un punto de referencia para comprender un fenómeno en general mediante un caso en particular.

El estudio de caso tiene diversas modalidades entre el cual se encuentran las historias de vida. Este consiste en el proceso de compaginación y reunión del relato y capta sentimientos, perspectivas y modos de ver del sujeto. Se utiliza para formular preguntas o establecer inferencias acerca del sujeto o grupo. Se valoran las repercusiones de las experiencias vitales que tienen múltiples significados y expresan las interpretaciones que se hacen de las acciones de acuerdo a la cultura y las expectativas individuales.

Para fines prácticos los estudios de caso generalmente son narraciones detalladas del fenómeno estudiado por lo que encuentran en las historias de vida su principal modalidad de presentación.

3.3 MODELO PSICOANALÍTICO

3.3.1 DISPOSITIVO ANALÍTICO

Dentro del dispositivo analítico existen cuatro variables que son inmovibles y deben de ser puestas en práctica por el terapeuta durante la sesión.

Asociación Libre: Es un método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea.. (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg.35)

Atención Librementemente Flotante: Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las

motivaciones que habitualmente dirigen la atención como inclinaciones personales, prejuicios o supuestos teóricos. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado. El terapeuta debe estar en condiciones de interpretar todo lo que escucha, a fin de descubrir en ello todo lo que el inconsciente oculta, sin que su propia censura venga a reemplazar la elección a la que ha renunciado el paciente. (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg. 37)

Neutralidad: Rasgo planteado históricamente como característico de la posición del analista en la cura, o incluso de su modo de intervención.

Históricamente, el psicoanálisis se ha constituido desprendiéndose de otras formas de intervención terapéutica, especialmente de aquellas, nacidas de la hipnosis, que otorgaban un sitio importante a la acción directa sobre el paciente, a una «sugestión». En esta perspectiva es preciso resituar cierto número de indicaciones de Freud referidas a la neutralidad que le convendría al analista.

Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura es la de ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquier y abstenerse de todo consejo; *neutral* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, *neutral* en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder *a priori* una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones. (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg. 245)

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

comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración. (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg. 3)

3.3.2 ENCUADRE PSICOANALÍTICO

En términos generales, el encuadre constituye como un conjunto de prescripciones y de prohibiciones que enmarca un límite de espacio-tiempo donde es posible que se desarrolle una tarea. En la sesión analítica el conjunto se constituye con el analista y el paciente, sea éste individual, pareja o familia. Así en toda situación analítica configura un proceso y un no-proceso que se llama encuadre. El tratamiento analítico va tomando forma a través del proceso. Pero para que se dé un proceso es necesario que haya algo constante en la estructura sobre lo cual pueda aquel apoyarse.

El encuadre es el marco que alberga el contenido e incluye algunas variables instrumentales como el horario, la frecuencia de las sesiones, el tiempo que dura la sesión, los honorarios y el rol de cada participante. (H. Etchegoyen, 1993, pg. 479)

3.3.3 PROCESO ANALÍTICO

El proceso analítico es el que se lleva a cabo en el encuadre psicoanalítico e incluye las variables del dispositivo analítico. En el proceso aparecen los siguientes elementos:

Transferencia: La transferencia es resistencia y es lo resistido, o sea, el analizado repite defensas infantiles para no hacer conscientes situaciones infantiles de angustia y dolor que están por revivir en la transferencia.

Son nuevas ediciones de aquellos antiguos conflictos, en las que el paciente quisiera conducirse tal como se ha conducido en aquel entonces, mientras que se le obliga por medio de la movilización de todas las fuerzas psíquicas disponibles, a una decisión distinta. (Racker 1986)

Resistencia: Es todo aquello que se opone a que el paciente acceda al inconsciente. Pueden ser actos o palabras utilizadas por el paciente.

Elaboración: Es el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg. 106)

3.3.4 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para poder adquirir el material necesario para poder realizar un estudio de caso es el dispositivo analítico donde se llevan a cabo las sesiones terapéuticas. Ahí es donde se produce la información a partir del discurso del paciente y a partir del cual se abre la posibilidad de elaborar las viñetas que documenten lo hablado, escuchado e interpretado en sesión.

Se utiliza la asociación libre, la atención libre flotante por parte del terapeuta, se establece un encuadre con los lineamientos y se llevan a cabo supervisiones quincenales. Además es indispensable conocer la teoría referente al caso.

3.3.5 MUESTRA

Para fines del estudio la sujeto en análisis se va a llamar Irene. Irene es una joven mujer de 23 años de edad, originaria de Monterrey, Nuevo León, delgada, de aproximadamente 1.65 mts. de estatura y 55 kgs. de peso. Su piel es morena, su cabello teñido de color café cobrizo, ondulado. Por lo general lo trae suelto, pero en ocasiones se lo recoge en un chongo. Sus ojos son grandes de color café, su nariz y boca son regulares. Tiene un lunar en el cachete izquierdo. Se maquilla acentuando sobre todo los ojos y no lleva ningún accesorio. Sus uñas las trae largas y pintadas, aunque en ciertas sesiones las ha mostrado descuidadas.

En general se puede decir que su vestimenta es sencilla y no muy femenina, aunque da la impresión de estar aseada. Viste playeras de color uniforme pero apretadas, jeans, a veces de colores y botas, bailarinas o guaraches.

Es estudiante de licenciatura y trabaja actualmente en una tienda de deportes. Vive con sus padres y tres hermanas menores.

3.3.6 PROCEDIMIENTO

La paciente solicitó atención psicológica en la clínica de la facultad de Psicología en agosto del 2012. Le hicieron una preconsulta y la pusieron en la lista de espera.

Al entrar la terapeuta a primer semestre de la maestría en psicoterapia psicoanalíticamente orientada le tocaba asignarse un paciente. Revisó la carpeta de preconsulta y eligió el caso en cuestión. Las trabajadoras de preconsulta hicieron la llamada para proponerle el día y la hora de la consulta y confirmaron a la terapeuta la asistencia.

En la primera sesión en septiembre del 2012, un jueves a las 10 a.m., se le explicó que en un inicio iba a ser una serie de entrevistas antes de proponerle el tratamiento propiamente dicho. Después de tres entrevistas preliminares se encuadró para iniciar con el análisis. Se le dijo a la paciente que en cada sesión ella iba a venir a hablar de lo que se le viniera a la mente, sin importar si pareciera ilógico, absurdo o vergonzoso. La terapeuta aclaró que no la iba a juzgar, que no se trataba de ver si estaba bien o mal. Se le clarificó que era un espacio dónde se trataba meramente de ella y dónde el rol de la terapeuta iba a ser el de escuchar, señalar e interpretar siempre que lo considerara pertinente.

Se establecieron las sesiones una vez por semana con una duración de 45 minutos. No se reponía el tiempo si llegaba tarde y se tenía que hacer cargo del costo de la sesión aunque no asistía. El pago lo estableció el

departamento de servicio social y a la paciente le tocaba pagar en recepción. A la terapeuta simplemente le entregaba el comprobante de pago al finalizar la sesión.

Por último se le aseguró a la paciente que iba a ser un espacio 100% confidencial, comprometiéndose la terapeuta a guardar el secreto profesional siempre y cuando no estuviera en peligro la integridad de la paciente o de alguien más.

La impresión diagnóstica fue desde el inicio neurosis histérica.

Las formas de intervención de la terapeuta han sido la interpretación, el señalamiento y la confrontación.

3.4 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

La técnica psicoanalítica es aquella técnica que, empleada por un analista neutral, tiene como resultado el desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva y la resolución final de esta neurosis solamente por medio de técnicas de interpretación. (Etchegoyen, 1983) Se utiliza para acceder al discurso y a la historia de la paciente e intervenir de forma pertinente.

3.4.1 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN

Para tener toda la información necesaria de la paciente se utiliza una ficha de identificación, se consideran el discurso de la paciente y las viñetas clínicas que la terapeuta crea después de cada sesión.

3.4.2 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN

Interpretación: La interpretación es una nueva conexión de significado. El analista toma diversos elementos de las asociaciones libres del paciente y produce una síntesis que da un significado distinto a su experiencia. Esta

nueva conexión es desde luego real, simbólica, y no por supuesto delirante, sino que llega un significado pertinente y realista.

Confrontación: Tipo de interpretación que apunta a confrontar una situación con otra. La intencionalidad es que a partir de dicha intervención emerja una idea o una asociación que se enlace con un contenido inconsciente.

Señalamiento: Método que sirve para llamar la atención sobre un aspecto y así profundizar u obtener más información al respecto.

Construcción: Designa una elaboración del analista más extensa y más distante del material que la interpretación, y destina esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto (LaPlanche y Pontalis, 1993, pg. 80)

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

En el presente capítulo se presenta el estudio de caso de la paciente arriba mencionada, cambiando algunos datos para proteger la confidencialidad acordada entre la paciente y la terapeuta, sin embargo no debe alterar los objetivos de este trabajo, pudiendo establecer el diagnóstico y definir la estructura subjetiva de la paciente.

4.1. HISTORIAL CLINICO

4.1.1 RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Al iniciar la terapia Irene era una joven mujer de 21 años de edad que creció en una familia religiosa junto con sus padres y tres hermanas, una de 18, otra de 16 y la más pequeña de 12 años de edad. Su madre es ama de casa y se ha dedicado a los quehaceres tradicionales del hogar. Es la persona en su familia a la que más confianza le tiene y busca para pedir consejo. Su padre es mecánico, con actitudes machistas y rígidas. Sufrió de problemas de alcoholismo y agresividad desde que la sujeto tenía uso de razón hasta sus 12 años. La sujeto llegó a observar en varias ocasiones escenas de violencia entre sus padres, lo cual refiere fue para ella muy angustiante.

La relación con su padre es prácticamente nula desde hace casi cuatro años porque él no estaba de acuerdo con su novio y rechazaba la idea de que estudiara psicología. Llevaba pocos meses que su relación había mejorado, había buscado acercarse a él, a veces la rechazaba, pero en ocasiones se había sentido aceptada por él.

Tiene tres hermanas más pequeñas, sin embargo en su discurso solo aparece la mayor de las tres. Con ella suele salir a fiestas y comparte el círculo de amigos. La mediana aparece en un inicio como si no existiera, después surge preocupación por ella porque tiene un novio de 23 años que consume drogas. La más pequeña le causa conflictos, porque no puede

tolerar su sufrimiento y no sabe como acercarse a ella para ayudarle. La paciente ha trabajado en su sentido de pertenencia a su familia. Antes se sentía rechazada y juzgada, y ahora disfruta sus tiempos de convivencia en familia. En su infancia jugaba mucho con muñecos, pero desde muy chica empezaron las llamadas de atención en la escuela por besar a los niños. Aunque era muy compartida con los demás, era más bien una niña solitaria. Comenta que se burlaban de ella por pobre.

A los ocho años de edad empezó a experimentar juegos sexuales con un primo dos años mayor que ella y tuvo otras dos experiencias parecidas con un primo mayor de edad cuando ella tenía 10 años e incluso con su tío abuelo, aunque ya no recuerda mucho. En una sesión se cuestiona si eso pudiera ser la causa de algunos de sus síntomas.

A los 14 años tuvo su primer novio del cual estuvo muy enamorada, pero por miedo a quedar embarazada se metió a un colegio religioso en Saltillo para ser ama de casa. A su regreso, después de tres años, inicio la preparatoria y empezó a salir con amigos y conocer gente nueva.

Su relación de noviazgo duró siete años y llegó a su fin en febrero del 2012. El no poder superar esa separación hizo que buscara atención psicológica en la clínica de la facultad. Llegó a terapia con síntomas depresivos de llanto, poco apetito y sobre todo apatía ante las cosas. Según la paciente la relación llegó a su fin por tener gustos muy diferentes y no respetarse mutuamente.

En lo que va del análisis, Irene ha tenido tres novios más. El patrón es similar. Los conoce, anda con ellos, después de poco tiempo, genera una gran ilusión y expectativa de ellos y de su relación y termina decepcionada. El primero no tenía verdadero interés en ella pero Irene no alcanzaba a darse cuenta, el segundo tenía un pasado para ella triste y tenía las ganas de ayudarlo, y el más reciente resultó ser un alcohólico. Aunque siempre menciona diferentes hombres, éste no ha desaparecido de su discurso. Lo sigue viendo y extrañando. A veces se cuestiona si es a la persona o la impresión de protección y seguridad que sentía con él.

Al inicio del semestre pasado interrumpió la licenciatura por cuestiones de dinero, empezó a salir muy seguido a fiestas, se emborrachaba, llegó a probar la marihuana, y tuvo sexo con desconocidos. Mantuvo esta rutina durante unos meses, hasta que decidió ponerle fin a sus excesos. Retomó las clases y lleva ya cinco meses trabajando en InnovaSport, aunque planea cambiarse por cuestiones de horarios y sus prácticas de 5to semestre que la entusiasman mucho. Ahora prefiere pasar los fines de semana en su casa, y más que salir a tomar, disfruta tener una buena plática.

La paciente falta seguido a sesión e incluso suspende por momentos, en una ocasión por falta de dinero. Solía seguido llegar tarde, echándole la culpa al tráfico y las construcciones, por lo que llegaba agitada y sudando.

Durante su análisis se ha observado una fuerte dependencia de los hombres ya que siempre está involucrada en una relación sentimental, una reacción maniática para superar su dolor tomando alcohol en exceso, fumando marihuana y teniendo relaciones sexuales, y un sometimiento a la opinión de los demás. Además se le dificultaba entablar relaciones de amistad con mujeres ya que las veía más como rivales que compañeras.

Se ha trabajado mucho en su valor propio y la identificación de su deseo. Es una paciente con una buena capacidad de insight que está en la búsqueda de respuestas a su insatisfacción.

En las sesiones presenta a menudo un lenguaje verborreico, usa pocas maldiciones y aporta mucha información. En ciertas ocasiones se queda callada porque ya no sabe qué decir, y se ríe al incomodarle el silencio. En un inicio se observaban mucha ansiedad y dolor en ella, por lo cual en repetidas situaciones llegaba al llanto. La ansiedad se le fue reduciendo notoriamente.

4.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Llegó inicialmente a pedir apoyo psicológico con el fin de superar el duelo de una relación sentimental que mantuvo durante siete años y que

decidió terminar por maltratos e intereses y metas diferentes. Al empezar las consultas, Irene se encontraba en 5to semestre de la licenciatura, carrera que disfruta mucho, y con la cual su exnovio nunca estuvo de acuerdo. Así como sintió rechazo por parte de su exnovio, tampoco ha sentido la aprobación por parte de su padre ni de su familia en general.

4.1.3 DEMANDA DEL TRATAMIENTO

La paciente comenta querer saber el por qué de su sufrimiento y qué es lo que ella está haciendo mal para poder cambiar, porque menciona ya no querer ser así, es decir, sintiéndose sola y deprimida. Su demanda latente parecía ir en dirección de identificar problemas y encontrar razones por la pérdida de amor de su padre y de su familia en general.

4.1.4 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

La paciente tiene un bajo concepto de si misma, por lo que está buscando constantemente la aprobación de los demás. No se siente suficientemente capaz en la escuela y no se cree bonita. Además está siempre involucrada en una relación de pareja y tiene que tener siempre a un hombre a su lado.

Sufre a raíz de la poca o nula comunicación con su padre y la mala relación con sus hermanas que por lo general se burlan y aprovechan de ella.

Se observa que la paciente no tiene un propio deseo, sino que vive en función del deseo del otro para agradar y asegurarse su amor.

4.1.5 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Neurosis Histérica

La paciente muestra una constante insatisfacción con ella misma y las cosas que hace, por lo que con frecuencia cambia de trabajo, de novio etc.

Con sus conductas excesivas quiere llamar la atención, es decir, atraer la mirada del otro, para saber que es el deseo del otro.

Se identifica con la madre cuyo deseo no ha sido satisfecho por el padre agresivo, igual que el propio deseo insatisfecho de la paciente.

Estos rasgos y síntomas me llevaron a formular la impresión diagnóstica como una neurosis histérica.

4.2. ESTRUCTURA SUBJETIVA

Este apartado se encarga de explicar la estructura subjetiva de la paciente a partir del contexto familiar, las figuras significativas, la estructuración edípica y su perfil subjetivo.

4.2.1 CONTEXTO FAMILIAR

La paciente viene de una familia católica con la repartición de los roles tradicionales muy definidos. El padre es quien provee para la manutención de la casa mientras que la mamá siempre se ha encargado de los quehaceres del hogar y de la educación de las hijas. La paciente es la mayor de cuatro.

Durante su infancia y preadolescencia el papá bebía alcohol en exceso y era muy violento con su mamá. Irene recuerda que durante todo ese tiempo le tenía mucho miedo a su papá, y la figura de confianza era la madre.

Con sus hermanas no tiene recuerdos de la infancia. Con la mayor de sus tres hermanas se empieza a llevar más después de tener la edad suficiente para salir a fiestas e intercambiar experiencias con sus parejas. A la hermana mediana la menciona en cuanto se identifica con ella actualmente por estar pasando por una situación similar a la de ella, ya que tiene un novio mucho mayor que consume drogas y se mete en problemas. De la más chiquita externa su preocupación por tener problemas en la escuela, según ella por falta de atención de parte de sus padres.

Por muchos meses la paciente se queja de su familia. No se siente parte de ella porque cree que no la apoyan en sus actividades. Cree no encajar con las exigencias de sus padres que piden que vaya a misa, sea ama de casa y sea sumisa a su esposo. Por tener ambiciones tanto en lo profesional como personal, siente rechazo de ellos. Cuando les da por su lado, las cosas marchan bien, pero en cuanto sale mucho a fiestas, habla de su carrera etc, el alejamiento comienza. Esa separación aumentó cuando empezó a involucrarse en relaciones sentimentales, y era algo que le dolía mucho. Siempre ha tenido el deseo de pertenencia y de aceptación.

En cuanto empezó a aceptarse ella misma y a reconocer que ella misma se aislaba por la percepción que ella tenía, empezó a estar más en casa, a abrirse más y volvió a convivir más. Eso la ha tenido contenta.

Además descubrió que su padre no era tan malo como ella lo pensaba, porque se había hecho una imagen de él a través de las palabras de su madre. Ahora se tomó el tiempo de conocerlo por sí misma, y le ha agradado más. Se acerca a él a través de los deportes, especial interés de su padre. Mientras que antes su padre nunca se refería a ella y no la nombraba hija, ahora platican más seguido y el papá ha llegado a decirle que se siente orgulloso de ella. En cambio con la madre ha vivido una desilusión. Mientras que siempre fue su persona de confianza, ha podido reconocer que le tiene mucho coraje y le echa la culpa de muchos sucesos en su vida, aunque todavía no logra identificar cuáles son.



4.2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS

Dentro de la historia familiar de la paciente se logran destacar ciertas figuras significativas, siendo, a mi juicio, cuatro de ellas las más importantes.

LA MADRE: Es descrita por la paciente como una mujer que se ha limitado a criar a sus hijas y a atender su hogar, siendo sumisa, y aguantándose todo. Le inculcó a su hija que una mujer se tiene que arreglar para el hombre, que tiene que tener la casa limpia para él. Supuestamente de ella la paciente ha aprendido a desvivirse por el hombre con el que está.

Por un tiempo fue la única referencia y persona de confianza en su familia y a quien le pedía consejos. Su relación con su mamá la confunde, porque no sabe si quiere ser como ella, casada y con hijos, o quiere hacer lo opuesto, liberarse y hacer una carrera profesionalmente exitosa. El matrimonio de sus padres no le gusta, por lo que se cuestiona acerca del matrimonio y duda si quiere eso para ella o no.

EL PADRE: Es mecánico. Irene considera que su padre es machista y muy religioso y demanda la dependencia hacia él de los demás.

Su padre fue alcohólico desde que la paciente tenía uso de razón hasta aproximadamente los 12 años de edad. Fue muy violento con su madre, hasta llegar a golpes. Su relación con su padre durante todo ese tiempo no fue muy favorable y hasta hace unos meses, el contacto hacia él era muy limitado. La paciente se queja que su papá en la casa no se dirige a ella, sino que le dice a la mamá que le diga, y no la llama su hija. Eso causa profundo dolor en Irene. Cuando ella actúa o intenta cumplir con los estándares del padre, se acercan y su relación mejora, pero cuando se comporta de una manera más liberal, estudiando psicología, con novio, trabajando etc., se cierran las vías de comunicación entre ellos. El padre prefiere un sacerdote a una psicóloga y no le gusta que trabaje si él la puede mantener.

Durante muchos años Irene le tenía mucho miedo, lo veía como un tirano imposible de acceder, pero no deseaba otra cosa más que su aprobación y

su cariño. Le dolía ver que con sus hermanas el trato era mucho más cariñoso que con ella, pero a través del proceso terapéutico ella logró ver que ella misma se había creado una idea falsa de su papá que la había alejado de él. Eso fue por todo lo que le contaba su mamá, cosas negativas que lo hacía ver mal. Desde hace como tres meses, la paciente se ha ido formando su propio criterio acerca de su padre, y ha podido mejorar su relación notoriamente.

EL EXNOVIO: viene a caracterizar la persona que durante siete años y durante la ausencia de comunicación con su padre, le dió mayor seguridad a través de piropos, cariños, resolviendo sus problemas y la atención en general hacia ella. Pero después de terminar la relación se dió cuenta que no era cierto, que él la manipulaba y que su relación más que afectiva era física. Irene dependía mucho de él, las palabras que él decía eran ley, él la apoyaba en la búsqueda de trabajo y parecía que Irene no hacía nada sin él. Esto tuvo como consecuencia que se alejara mucho de su familia por pasar cada vez más tiempo con él y que en su soltería le costaba mucho trabajo decidirse sin la opinión de la figura masculina.

RAMON: Es un hombre de 53 años de edad, casado con una hija adoptiva. Se conocieron en una escuela de posgrado reconocida de la ciudad donde Irene era mesera y Ramón su jefe. Empezaron a tener una relación muy estrecha de mucha comunicación. Mutuamente se platicaban sus problemas. Pero a la paciente realmente no le interesaban los problemas de él, sino que se aprovechaba de su interés para conseguir de él lo que necesitaba. Durante los primeros semestres de su carrera le estuvo pagando la escuela, y cada vez que le sucedía algo, estaba triste o cuando tenía que tomar una decisión, le hablaba a Ramón para recibir su opinión o le resolviera el conflicto. Muchas veces sus llamadas eran tan solo para recibir afirmación. Parece que Ramón vino a suplir la ausencia del padre, tomando en repetidas ocasiones el rol paterno, sin embargo es muy probable que Ramón siempre haya querido más de ella, pero por no arriesgar esa fuente de apoyo, nunca se metió con él.

4.2.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

El edipo es vivido por la paciente teniendo un padre negativo siendo un objeto caído que reclama enterneamiento. Ve al padre como impotente que merece su apoyo y es hostil hacia él por culparlo de su desdicha familiar sobre todo en la infancia habiendo sido alcohólico y violento. El padre es visto como un tirano que aniquila a la madre y a las hijas por lo cual durante todo ese tiempo ve la necesidad de estar del lado de su madre y apoyarla. Por muchos años escucha del lado de la madre su queja de insatisfacción con su padre, lo cual pone al padre en una posición de incomprensivo y egoísta, que quiere que todos hagan lo que él manda. Esto provoca por varios años una rebeldía y repulsión hacia el padre que tuvo como consecuencia la ausencia de comunicación por casi tres años.

Se puede observar como actualmente repite y reprocede esta dinámica edípica en sus relaciones sentimentales, eligiendo parejas inferiores a ella en muchos aspectos, para ella poder ser su salvadora, sintiéndose necesitada por él y deseando completarlo, pero también siempre buscando la insatisfacción y la desdicha al igual que su madre, logrando así la identificación con ella.

4.2.4 PERFIL SUBJETIVO

4.2.4.1 MANERAS DE INTERACCIÓN

La paciente tiende a buscar mucho la interacción con personas del sexo opuesto de todas las edades. Desde señores mayores que podrían ser su papá hasta jóvenes menores que ella. Sale con ellos durante poco tiempo y rápido se involucra con ellos sentimentalmente, llegando a tener relaciones sexuales. Entra a una relación de pareja con mucho entusiasmo, desilusionándose al poco tiempo, dándose cuenta que no era lo que imaginaba o realmente deseaba, teniendo que ponerle de nuevo fin a una relación. Ese patrón se ha repetido varias veces hasta que logró analizarlo y detenerse en su impulsividad y búsqueda desenfrenada. A parte de parejas sentimentales también cuenta con buenos amigos hombres que funcionan como padres, apoyándola económicamente y como consejeros. Eso a la paciente le

da mucha seguridad y la hace sentir protegida, cosa que anhela sentir de su papá.

La relación con las mujeres resulta más complicada para la paciente. Frecuentemente tiene problemas con amigas por encontrarse en competencia y rivalidad, desentonando envidia en ella. Sin embargo, análisis mediante, ha podido ir haciendo modificaciones y mejorar y mantener sus amistades con el sexo femenino.

Algo que llama mucho la atención es como se relaciona con su familia. En el inicio del tratamiento sentía que no pertenecía a su familia, que nadie la apoyaba ni la quería. Por lo mismo se aislaba e intentaba pasar el menos tiempo posible en su casa. Con las que si se comunicaba era con su mamá y con su hermana, la mayor, con quien compartía amigos y salía a fiestas. Pero no se podía sentir realmente aceptada ni segura en su familia. A sus dos hermanas menores era muy raro que las mencionara, sólo en los momentos que presentaban problemas.,La paciente se preocupaba por ellas, sintiéndose responsable de ayudarlas.

Con su papá su relación ha sido muy distante, anhelando su cercanía y aprobación, logrando en los últimos meses perderle el miedo y poderse acercar a él, tratando de poner en palabra sus necesidades.

Con su mamá la relación por mucho tiempo fue estrecha, sin embargo por analizar ciertos aspectos, reconoció que su relación es ambivalente entre amor y coraje por ser una mamá sumisa y no ver por ellas en todo momento.

4.2.4.2 RASGOS DE CARÁCTER

La paciente posee rasgos de carácter histérico que surgen a partir de un vínculo enfermo con el otro. Uno de ellos es la insatisfacción, otro el miedo frente al otro. Para controlar su angustia no hace más que crear fantasmas en torno a la queja y la insatisfacción, un miedo concentrado en un único peligro que es gozar. La paciente le tiene miedo al bienestar, al goce máximo, por lo

cual busca constantemente relaciones y parejas que no la complacen y que no cumplen con sus deseos. Si el otro es fuerte, busca humillarlo, y si es débil, le despierta compasión y las ganas de salvarlo y ayudarlo a salir de esa situación convirtiéndose en el síndrome de la madre Teresa de Calcuta, pero siempre teniendo lo que no quiere, fomentando la desilusión, la frustración y la desesperación.

Otro rasgo es ser la tercera excluida. Es decir, busca relacionarse con personas que ya están comprometidos en una relación, aspirando de esa forma a algo inaccesible, para ocupar el papel de la excluida. De ahí llega a vivir situaciones conflictivas, que una vez más, quedándose sola, descubre que siempre fue el plato de segunda mano.

También podemos observar en ella el rasgo de su relación con el deseo del Otro, ya que ella siempre cree que el otro va a tener la solución al enigma. Esto explica su estrecha relación con Ramón, un señor ya mayor a quien busca para conseguir consejo y orientación en sus decisiones, terminando así de hacer lo que él le indica, y no realmente lo que ella desea hacer. Es muy insegura y busca siempre la aprobación de los demás.

El dado para ver es otro rasgo que se puede observar en la paciente. Esto es para gustar y tratar de satisfacer lo que imagina es el placer del otro. Por consiguiente le da mucha importancia al físico, hace mucho ejercicio y trata de verse atractiva para los hombres.

4.2.4.3 MECANISMOS DE DEFENSA

El mecanismo de defensa por excelencia de la histeria es la represión. Quiere decir que el contenido amenazante o intolerable para el yo tiene que ser sustraído de la conciencia y trasladado al inconsciente. Así mantiene en el inconsciente todas las representaciones, pensamientos, ideas, imágenes, recuerdos etc, que le causan malestar y que entran en conflicto con las demandas culturales o morales. Esos contenidos suelen ser sexuales o agresivos.

En la paciente podemos observar su anhelo de tener una relación cercana con su padre, que por ser intolerable su deseo, lo reprime y lo traslada a sus relaciones intensas y a veces desenfrenadas con el sexo opuesto, o una estrecha amistad con un señor mayor que cumple perfectamente la función paterna apoyándola monetariamente y proveyéndole seguridad y protección. Análisis mediante la paciente logra identificar el por qué de esas amistades y puede identificar su deseo inconsciente.

También logró hacer consciente y pudo de esa forma vencer la represión, es su relación con la figura materna. Sintió un gran alivio al reconocer que lo que sentía hacia ella era mucho coraje por lo que había vivido en el pasado, pero nunca lo había podido identificar, mucho menos poner en palabra.

4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

En este apartado se intenta dar una muestra de los determinantes más importantes en la evolución de la terapia con el fin de dar prueba de los procesos sucedidos en terapia a partir del discurso de la paciente y las intervenciones de la terapeuta, para así conocer las problemáticas enfrentadas y los cambios obtenidos.

El supuesto básico de la presente investigación radica en la insatisfacción de la mujer histérica en el establecimiento de las relaciones de pareja a partir de su vínculo con la madre, el padre y en general los hombres de su vida y la invariable confrontación con su falta, teniendo que asumir la castración para poder acceder a algo diferente que le permita hacer cambios en su vida y disfrutar de una relación de pareja estable y poder aceptar a su familia como es y ser parte de ella.

Estas premisas se sustentan a partir de las siguientes categorías:

4.3.1. LA MUJER, MI RIVAL, MI MADRE – La indecisión

Al descubrir la niña a temprana edad la diferenciación de sexos y darse cuenta que como mujer no posee el falo, surge en ella la envidia al

pene. Esto debilita el vínculo tierno con el objeto-madre ya que le echa la culpa de haberla traído al mundo con una dotación insuficiente, y la responsabiliza por la falta de pene. En un segundo momento, en el complejo de Edipo, la madre, por ser el objeto de deseo del padre, se torna en la rival y objeto de los celos, ocupa el lugar en el que ella misma quisiera estar. Esto crea una relación ambivalente de amor-odio con la madre. Amor por haberle provisto lo necesario para suplir alimento, baño, sueño, pero un gran odio por haberla hecho mujer de no haberla sabido proteger garantizándole la permanencia de una fuerza fálica.

Sesión 42 - 30/abril/2014

TERAPEUTA: ¿Qué crees ha hecho tu familia tan disfuncional? Por qué lo mencionas de esa forma?

PACIENTE: Pues yo siento que ha sido mi mamá. Ahorita anda enferma. Y no me nace preguntarle cómo está, tal vez porque ella sigue con sus actividades. Pero cuando se enferma mi papá, ah como me puede. (Se empieza a reír) Creo que eso es el complejo de Edipo.

En esta sesión, la paciente también habla de las mujeres o del modelo femenino que ha tenido en su familia. Llama la atención que las mujeres han sido muy sumisas. La abuela aguantó al abuelo que por muchos años vivió en Estados Unidos, y su mamá que le ha soportado mucho a su papá. Le molesta que su mamá hable mal de su papá, que le diga que le sigan el juego para darle gusto al papá, aunque detrás de sus espaldas hagan otra cosa. A partir del proceso terapéutico descubre que siente coraje hacia su mamá cuando habla mal de su papá a quien describe como borracho y violento.

PACIENTE: Me choca que mi mamá no cumpla con sus responsabilidades. No atiende a mis hermanas, Ximena necesita ayuda, pero no sé cómo ayudarle.

TERAPEUTA: Pareciera que estás muy enojada con tu mamá.

PACIENTE: SI, es cierto lo que me decías de ser un desmadre. De no tener madre. Realmente lo siento así. Me choca que sea tan callada, que se deje.

TERAPEUTA: Pero más te duele que no ha estado ahí para ti, que sientes que ha apoyado a tu papá, pero no ha estado contigo cuando más la has necesitado.

PACIENTE: Me ha hecho mucha falta. ¿Por qué nunca me guió, me aconsejó? Todo lo tuve que enfrentar yo sola.

Además del coraje hacia la madre, se nota una gran rivalidad hacia ella y las figuras femeninas en general, incluyendo a su terapeuta. Le cuesta mucho trabajo relacionarse con las mujeres. Irene tiene pocas amigas, prefiere pasar tiempo con hombres, porque con las mujeres siempre se está comparando y entra en competencia.

Sesión 2 - 20/septiembre/2012

PACIENTE: Ya estaba emocionada por venir. Realmente fue una semana muy complicada para mí. Me tengo que acostumbrar a estar sin él. Me siento muy fea, sin valor. Me comparo con otras chavas y las veo a todas mucho más bonitas, más fuertes, con más cualidades. Yo ya no tengo nada...

...Hay una chava que yo quería ser como ella. Es muy bonita, todo le vale, es super buena en lo que hace. Pero me sorprendí mucho, porque platicando con ella me dijo que tenía bulimia y que ya no tenía ganas de vivir. Ahí me di cuenta que hay gente a la que le va mucho peor que a mí y que no soy la única con problemas. Ella tiene una familia bonita, tiene dinero, un novio que la ama, pero dice no ser feliz y que ya se quiere morir. Ambas pues ya estamos en terapia. Yo realmente quiero salir de esta situación. Quiero aprender mucho.

Sesión 7 - 1/ noviembre/2012

PACIENTE: El otro día en el trabajo se dio la situación con Meme que le dije que le iba a presentar a una amiga. Así cuando salga con ella para mí ya no va a ser tanta tentación, y para mi va a ser más fácil alejarme de él. Es raro, porque me gusta, pero no quiero andar con él. Pero me asombra ver como él tan rápido se busca otra. Ahora ya no me hace tanto caso.

TERAPEUTA: ¿Presentarle una amiga para que ya no sea tentación, o para poder competir con ella, para ver a quién prefiere al final?

PACIENTE: (se ríe) Bueno pues.

4.3.2 EL NOVIO MÁS PADRE - La elección de pareja

La elección de pareja, un importante y complicado tema para la mujer histérica que no quiere equivocarse, pero que se equivoca siempre. Elige en un primer momento a la que ella cree es la pareja ideal pudiéndole cumplir todas sus exigencias, sin reconocer que lo único que logrará de esa forma, es no encontrarlo jamás. Empieza por elegir compañeros inaccesibles para mantener lo más alejada la desilusión, porque al volverse una pareja común le pierde el interés.

Es raro que la mujer histérica cierre su elección en el primer hombre que conoce. Elige a partir de sondeos, ensayos y errores, por lo cual pueden desfilar cantidades indefinidas de parejas por su vida, siendo siempre elegidas por no encontrar algo mejor.

En el inicio del tratamiento la paciente venía saliendo de una relación de siete años que según su discurso le proporcionaba mucha seguridad y cariño. Después de cortar, durante varios meses las sesiones eran muy confusas porque mencionaba a muchos hombres en su vida. Para la terapeuta era difícil seguir el paso de la paciente, porque cuando salía con uno, para la próxima sesión ya era otro, y mientras uno le gustaba, se besaba con alguien más.

Sesión 11 - 6/diciembre/2012

PACIENTE: Pues han pasado muchas cosas. El fin de semana quedé con Pedro en salir, pero no fue. Le estuve marcando todo el día, pero no me contestaba. Hasta que me contestó, le pregunté si iba a venir y me dijo que no. Me dio bastante coraje. ¿Por qué me pasa siempre lo mismo? También, según yo le iba a marcar a la hermana de Pedro, pero sin querer le marqué a mi ex. Pero no me regresó la llamada, ni

me mandó un mensaje para saber que era lo que había pasado. Me di cuenta que ya no pensaba en mí. Que no me extraña...

Sesión 13 - 17/enero/2012

PACIENTE: *Por cierto, ya ando con Pedro. Estamos bien. Somos más como amigos, salimos juntos a fiestas y así. A veces va a la casa a platicar, pero luego nos dejamos de hablar unos días. Eso a veces si me enoja mucho, porque me quedo esperando su llamada. La semana pasada que nos vimos le dije que si estaba seguro de querer estar conmigo, que lo veía confundido.*

TERAPEUTA: *¿Confundida tú o él?*

PACIENTE: *(se ríe) Tal vez los dos.*

TERAPEUTA: *Porque parece que así como él está confundido si quiere estar o no y le preguntas, más bien es un autocuestionamiento. La que parece no estar segura ni enamorada eres tú.*

PACIENTE: *Si lo sé. Me he dado cuenta que no lo necesito para hacer mis cosas. Pero si me gusta pasar tiempo con él.*

TERAPEUTA: *Te gusta porque te sientes acompañada.*

PACIENTE: *Si tal vez si.*

TERAPEUTA: *Me parece, Irene, que la comparación con la adolescencia es adecuada en el sentido de la búsqueda de la identidad, en lo que has estado trabajando y has ido avanzando, que es lo que sucede y es más marcado en la adolescencia, pero también en la búsqueda de tu lugar, en la sociedad, en tu profesión, y en tu relación de pareja. Porque pareciera que el lugar que Pedro te ofrece no es el que tu buscas, ni es con él que te sientes segura ni amada y eso hace que estés dudando.*

PACIENTE: *Si de hecho. No creo que esté seguro de querer estar conmigo.*

Las relaciones sentimentales en las que se ha involucrado la paciente empiezan con una gran ilusión de haber encontrado la pareja ideal, pero con el tiempo rápidamente reconoce y se queja de no tener lo que ella quiere porque los hombres no la tratan como a ella le gustaría y porque no quieren

el compromiso que eso implica. Sin embargo Irene accede y suele involucrarse más bien en una relación sexual en vez de sentimental.

Según Joel Dor, la mujer da su cuerpo para mostrar una posición de sacrificio. Se vuelve así aquella por la cual la incompletud del hombre puede recibir un objeto de satisfacción tan perfecto como sea posible. Ella lo va a rescatar.

Sesión 3 - 27/ septiembre/2012

PACIENTE: Yo siempre decía que era cariñoso, responsable, pero ahora realmente lo dudo. Yo confiaba mucho en él. Yo sabía que si íbamos a una fiesta y me ponía peda, él me iba a cuidar, o si me atoraba en algo, él me lo iba a resolver. Eso me daba mucha seguridad. Pero ahora que pienso me doy cuenta que nuestra relación siempre se basó mucho en lo físico. Empezamos a tener relaciones muy chiquitos. Yo apenas tenía 15 años y el 17...

Sesión 40 - 2/abril/2014

PACIENTE: He estado saliendo con Juan, nos vemos seguido, pero es bien extraño, porque me siento muy rara con él. Como es él muy delgado, junto a él estoy incómoda, me siento gorda. Y la verdad no suelo hablar sobre esos temas con gente gorda, pero Jazz si está gordita, e íbamos en la bici, cruzando un puente y le dije que a veces me sentía incómoda con Juan porque él era demasiado delgado, y que yo sabía que no estaba gorda, pero que junto a él me hacía sentir tosca. Cruzamos el puente y vi que Jazz estaba llorando. Dije, chin, la regué, no hubiera dicho nada. Y le pregunté ¿Jazz, estás bien? Y me contestó, sí, solo que les tengo pánico a los puentes. Es como una fobia. Pero ya pasó. Uff, y yo pensando que era por lo de su peso. (risas) Pero me dijo que no me preocupara por Juan, que a ella también le había pasado, y que a ellos no les importa, por algo escogen así, así que podía estar tranquila.

...Con Juan salí al cine, y después nos fuimos a su casa. Tiene un colchón a fuera de su casa, y nos acostamos ahí. Me dijo que cuando yo me fuera a vivir con él, todo iba a ser VIP, que iba a arreglar todo

para que yo estuviera a gusto. Le dije que no, que eso no iba a suceder. Disfruto estar con él, me siento a gusto, tranquila, pero tenemos puntos de vista muy diferentes. Ahorita por ejemplo no tiene trabajo. Y ahí estoy yo buscándole, pero ya entendí que yo no puedo hacer más, ya le di una opción, si no quiere ir, pues es su vida, que haga de ella lo que él quiera, yo ya no me voy a meter.

Dor también menciona que estamos equivocados si pensamos que el hombre buscado es la reproducción del padre porque lo que la histérica requiere a través de un hombre es un padre completo, un padre como jamás existió para colmar así las fallas imaginarias del padre. Por lo tanto, debe ser más fuerte, más bello, más poderoso de lo que fue el padre, convirtiéndose en el Amo que ella busca.

Es notorio observar como la paciente busca en los hombres la seguridad, la dirección y el afecto que su papá por mucho tiempo ausente no le ha dado. Irene suele depender mucho de los hombres para que le ayuden a solucionar sus conflictos, la apoyen económicamente, la aprueben etc. Sería llenar una falta, un vacío que ha dejado su padre.

4.3.3 PORQUE EL OTRO ASI LO QUIERE, EL PAJARO QUISIERA SER NUBE – La insatisfacción

Uno de los elementos más constitutivos del funcionamiento de la estructura histérica es su relación con el deseo del Otro. Esto porque se siente injustamente privado del falo, y no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino ante aquel que supuestamente lo tiene. El otro tiene que ser investido por la histérica en un lugar privilegiado y tiene que tener los medios para poder responder a lo que cree que ese otro espera de ella. Ese lugar privilegiado es el de Amo, suponiendo que él es quien sabe lo que el histérico se esfuerza en desconocer acerca de la cuestión de su deseo.

Sesión 3 - 27/septiembre/2012

PACIENTE: Estoy tratando de hacer las cosas bien. De no hacer nada que no me gustaría que también me hicieran a mi. Empecé otra vez a estar más en casa, pues a dónde salgo, procuro los domingos familiares y estoy yendo a misa. Incluso ya con mi papá no se siente la vibra tan pesada. No sé si porque yo esté diferente y haya sido la de la barrera o él esté más contento conmigo porque a él no le gusta que salga, que tome ni que estudie. Como antes siempre hacía las cosas para complacer a los demás, ahora que estoy haciendo lo que le gusta a mi papá ya no se siente esa tensión. Todavía no me habla o me busca, pero ya no se siente tan pesado el ambiente.

La paciente tiene la idea que le está fallando a su padre por no ser la hija que él siempre deseó. Cuando estuvo en el colegio la relación era muy buena porque estaba cumpliendo el deseo de su papá aunque a ella no le gustaba estar ahí. Cuando salió y empezó a hacer amistades, a conocer más y a estudiar sintió que su padre le dio la espalda porque a él no le gusta que ella salga, tome y tenga carrera profesional. El que su papá no esté de acuerdo con su vida le causa mucho conflicto. A través del deporte logra acercarse nuevamente a él, interés en común, lo cual aumenta la presión en ella de hacer cosas que le agraden.

Sesión 38 - 19/marzo/2014

PACIENTE: El fin de semana, bueno el lunes, fuimos a Chipinque en familia. Le dije a mi papá que quería ir, porque haciendo ejercicio es cuando más me acerco a él, que fuéramos por el cumpleaños de mi mamá. No dijo nada. Ya en la noche dijo que estuvieramos listas a las 6:30 para irnos. Lo disfruté mucho. Mi mamá e Ilse que son más gorditas no llegaron ni a la mitad de lo que nosotros hicimos. Pero Sandra, mi papá y yo caminamos un chorro. Y pues aproveché para platicar con él y hacerle preguntas. Le pregunté que sí él creía que había sido un error haberme metido al colegio. Y él me dijo que no. Que qué opinaba de las mujeres que estudiaban. Me dijo que él era de rancho, que hoy en día la mujer se tenía que preparar más porque no

sabía que la esperaba. Me dijo que él creía que yo había tomado la decisión correcta, porque me había metido a una edad muy crítica, y que le hubiera gustado que las demás también hubieran estado, porque ahora estaba batallando mucho con Marcela. Marcela estaba ahí, lo estaba escuchando. Me dijo que yo siguiera mi camino, que tarde o temprano iba a ver mis recompensas. La verdad me dio mucho gusto lo que me dijo mi papá. No te voy a negar que sentí bonito haber recibido ese reconocimiento y apoyo de mi papá.

Podemos observar con que facilidad la paciente pone sus necesidades en segundo término, para poder satisfacer la demanda de los demás.

La identificación histérica de una mujer con otra se da cuando se supone que ella conozca la respuesta al enigma del deseo y se vuelva su modelo a seguir. Pero como jamás se la dará, aumenta la insatisfacción. El aceptar no tener el falo.

Sesión 32 - 8/enero/2014

TERAPEUTA: *¿Qué tanto te sientes presionada por tu mamá, de tener novio? ¿Ella a qué edad se casó?*

PACIENTE: *Nunca lo había visto así. Tenía 19. Mi papá 23 o 24. Varias veces he ya pensado que ya debería de estar casada. No me quiero quedar sola.*

TERAPEUTA: *¿En tu familia se casaron jóvenes? ¿Hay solteras?*

PACIENTE: *Si todos se casaron muy chicas. Solo tengo una tía soltera y me da bastante coraje. Porque su mamá la manipula. Ella no ha podido hacer su vida. Y el novio que tenía para casarse, su mamá se lo espantó. Pobre la verdad. Porque en la sociedad sigue siendo mal visto. Eres alguien si tienes pareja.*

TERAPEUTA: *Parece ser que eso te pesa mucho. Lo que la sociedad dice, peor sobre todo tu familia, empezando por tu mamá.*

PACIENTE: *Yo ya ni sé lo que quiero. Por eso a veces pienso en que tal vez esa es la vida que debo de llevar, casarme, ser ama de casa,*

peor por otro lado me encanta mi carrera, y no me veo todavía haciendo eso.

TERAPEUTA: Pudiera ser ese el conflicto. Entre lo que tu quieres y lo que la gente espera de ti, lo que debes de hacer para agradarle a los demás. Con lo que creciste. Por algo hiciste la escuela en Saltillo para ser ama de casa.

PACIENTE: No entiendo ¿por qué no me valoro?. ¿Por qué ando con cualquiera que se me ponga en frente?. Mis amigas siempre me dicen que soy una chingona, pero no sé ¿por qué yo no me puedo ver así? ¿Por qué ando con un bueno para nada...?

La paciente se sorprende al darse cuenta como inconscientemente sigue el modelo muy arraigado en ella de su familia y de su mamá, sintiendo la presión y casi como obligación, el tener que casarse joven y formar una familia para luego atenderla y dejar sus propios deseos a un lado. Eso es lo que le está causando mayor confusión y conflicto. Satisfacer el deseo de la madre o perseguir sus sueños de hacer una carrera profesional y viajar, siempre creyendo que le está fallando a su madre.

En todo sujeto histérico persiste una queja arcaica de no haber sido suficientemente amado por el Otro. Por eso la histérica se llega a investir como un objeto desvalorizado e incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal: el falo. Esto lo podemos escuchar en el discurso de la paciente cuando menciona que su mamá la cuestiona acerca de sus avances en la terapia, que ¿para qué sigue viniendo si no ha podido progresar? o cuando se cree una tonta porque la mamá así lo dice porque anda detrás de los hombres. Se queja de su físico, de ser poco femenina, pero con el paso del tiempo cambia su vestimenta y se arregla más como mujer.

Gustar al otro es primero pensar como él, luego hablar como él y, en el mejor de los casos, pensar y hablar como él, pero en su lugar. Tal inconsistencia transige con el proyecto de disolverse en el deseo del otro y de no existir más que como su mero reflejo. De aquí proviene esa aptitud característica del

discurso histérico de convertirse del discurso del otro. En este sentido, puede convertirse en discurso de todos, ya que es un discurso prestado.

Esto nos lleva a la identidad de la histérica, siempre insatisfecha, desfallecida, parcial frente a una total, ideal. De ahí provienen sus esfuerzos insaciables por dicha identidad. Quiere pasar a ser el objeto ideal del Otro, algo que nunca ha sido. (Dor 2002)

Irene mantiene una amistad con un señor de 47 años de edad que conoció en su primer trabajo. A partir de ahí se ha apoyado mucho en él, tanto económicamente, pero también para buscar consejos. Muchas veces llega a sesión influenciada por lo que su amigo le dijo, como si eso fuera la ley. Cuando terminó por un tiempo la amistad con él, lo sustituyó por un doctor que iba a consultar para cualquier cuestión, física y emocional tomando sus consejos muy en serio.

Sesión 4 - 4/octubre/2012

PACIENTE: La última vez que lloré mucho fue el lunes. Espero que ya no vuelva a pasar. Y le marqué a Ramón. Estuvimos platicando y me dijo que en el trabajo estaban hablando muy mal de mí. Que ahora decían que me había ido a vivir con Checo, que era una no sé que, no sé que. La verdad ya me vale lo que piensen. Pero sí me llama mucho la atención que en cualquier lugar siempre terminan hablando mal de mí. En el colegio, en el otro trabajo, en el trabajo que tengo ahorita. Hablando con Ramón me preguntó que ¿qué era lo que hacía yo para que reaccionaran así? que me tenía que cuidar. Pero la verdad no sé...

Sesión 39 - 26/marzo/2014

PACIENTE: Fui con mi ginecólogo. Por varias razones. Primeramente quería que me diera información para hacer una trabajo de prevención en las secundarias. Y ya me dio varias referencias y páginas de Internet, videos en Youtube, y algo de un programa de radio en el que sale. Me gusta ir con él porque se nota que es alguien ya establecido, con experiencia. También le pregunté de mi tía que tiene cáncer,

porque toda mi familia va con él. Me dijo que ya estaba mucho mejor. Después le pregunté de mí, que si me podía dar un tratamiento porque soy muy velluda, y sé de lo que he leído que es algo hormonal, pero me dijo que él prefería no darme nada, que lo que él me recomendaba era la depilación laser. Y pues sí. Tiene razón. Después me preguntó que si me podía ayudar con algo más, y le dije que sí, y le platicué de mí. Que a veces yo sentía que estaba estancada, que no sabía bien hacia dónde moverme, sin saber bien qué hacer. Ahí el me dijo que me tenía que definir, decidir que quería ser y hacer y sobre eso enfocarme. Y pues sí. Me gustó mucho platicar con él.

TERAPEUTA: *¿Cuántos años tiene?*

PACIENTE *Ya está grande. Ha de tener unos 47 o 50 años. Es muy bueno, de hecho me dijo algo de que había querido estudiar psiquiatría. También le pregunté que si le podía llevar pacientes del centro de salud, porque a veces no se les podía ofrecer el tratamiento adecuado. Me dijo que sí.*

Con Ramón ya no he hablado, siento que ya no tiene nada que aportar a mi vida. Suena muy tonto, pero como si ya lo hubiera rebasado.

TERAPEUTA: *¿Ramón estudió?*

PACIENTE: *No.*

TERAPEUTA: *¿Y tiene buen sueldo?*

PACIENTE: *Pues más o menos, de hecho llegó un momento en el que ganábamos casi igual, tal vez él un poquito más por su antigüedad ahí Pero es como eso, las cosas que él me dice yo ya las he escuchado, o leído, como que ya no es nada nuevo.*

TERAPEUTA: *Entonces ¿lo reemplazas por el ginecólogo? Con tal de siempre tener a alguien.*

PACIENTE: *Pues sí (se ríe...silencio).*

La paciente necesita siempre tener a un hombre mayor en su vida que le diga qué y cómo hacer las cosas para sentirse segura y poder avanzar. Sin la aprobación o el visto bueno, le cuesta trabajo tomar decisiones porque no se cree suficientemente capaz.

4.3.4 LA DESDICHA FAMILIAR, ESPERANZA PARA LA FAMILIA

La familia ha sido un tema crucial en las sesiones con Irene. Es algo que ocupa mucho su mente y afecta sus emociones. En un inicio se sentía excluida de su familia. Seguido se quejaba que no encajaba y que nadie la tomaba en cuenta. Durante su separación dolorosa para ella, no sintió el apoyo que le hubiera gustado recibir. De ahí empezó a revelarse, saliendo muy seguido, faltando a misa, tomando mucho y tener relaciones sexuales con diferentes hombres. Hasta que un día se dio cuenta que eso no era lo que ella quería, y si quería acercarse a su familia, ella tenía que dar un primer paso. A partir de ahí las cosas empezaron a mejorar. Se dio cuenta que su papá no era tan tirano como ella lo había registrado, y que tal vez sí se sentía orgullosa de ella. Actualmente pasa más tiempo en casa, y lo puede disfrutar.

La relación de la mujer histérica con su padre es una relación ambivalente. Puede ser un objeto investido positiva o negativamente, siendo un objeto de amor o un objeto caído que reclama enternecimiento. Ve al padre como un padre impotente, insatisfecho que merece un apoyo o es hostil hacia él por considerarlo el culpable de la desdicha familiar. El padre es así visto como un tirano que aniquila simultáneamente a la madre y a la hija, y la hija ve la necesidad de sostener a la madre y se alía con ella. Al ractificar la queja de la madre insatisfecha, el padre se vuelve un incomprensivo de las mujeres y por lo tanto alguien que no merece a una mujer como su madre. La hija es capturada en el deseo histérico de la madre desde el momento en que debe compartir la desdicha materna y sostener todos sus desfallecimientos. Como consecuencia se suele ver un discurso de rebeldía y de repulsión hacia el padre.

Sesión 1 - 13/septiembre/2012

PACIENTE: En verdad yo creía que con él iba a estar siempre. Por eso también me alejé mucho de mi familia. Antes los domingos eran para la familia pero como él me invitaba a salir, lo fui dejando. Todo por él. Él era mi fuerza, mi motivación. Y siento que ahora no tengo nada. Mi papá llevó tres años de que no me habla.

TERAPEUTA: ¿Por qué ya no le hablas a tu papá?

PACIENTE: *Mi papá es muy machista y muy religioso. Quiere que todos dependamos de él. Primero le molestó porque anduve bien chiquita con Olaf. Pero la relación mejoró cuando me metí al colegio. Nos llevábamos muy bien y platicábamos. Cuando regresé encontré trabajo de mesera. Estaba emocionada porque después de la técnica en ama de casa, bueno tenía otro título, pero realmente fue así, luego luego tuve trabajo. Eso también le molestó mucho a mi papá. Él no quería que yo trabajara si él me podía dar dinero. Yo me metí a estudiar la prepa a CEU en las noches y trabajaba en el día. Estaba bien pesado, pero me acostumbré y ahora llevo el mismo ritmo de vida. En las mañanas estoy en la escuela y de 3 a 11 trabajo en un call center. Cuando entré a la facultad le enseñé el recibo, pero dijo que ¿por qué se lo enseñaba?, si era para él.*

Yo sé que también tengo que arreglar mi relación con mi papá. Eso es también algo que me he propuesto, pero no he podido. Tengo estas dos situaciones paralelas que quiero resolver.

Sesión 4 - 4/octubre/2012

PACIENTE: *He seguido con la lectura que le había comentado y viene el caso de tener un padre alcohólico. Mi papá fue alcohólico. Era muy agresivo y tomaba mucho, incluso se peleaba mucho con mi mamá.*

TERAPEUTA: *¿Cuántos años tenías?*

PACIENTE: *No me acuerdo muy bien, pero sí duró como hasta los 12 años. En el libro dice que eso afecta mucho, y creo que en mi familia y conmigo sí fue así. Aunque todavía no sé de qué forma. Con Ramón entablamos la meta de acercarme nuevamente más a mi papá. Pero sigo sintiendo una barrera muy fuerte de mi parte. A veces me dan ganas de darle un beso, pero él se queda tieso...*

Sesión 5 - 11/octubre/2012

PACIENTE: *Me agrada que esté teniendo más comunicación con mi mamá. Aparte me ayuda a recordar muchas cosas de las que yo ya no me acordaba. También con mi papá han mejorado las cosas. El domingo le gusta mucho hacer de comer para poder estar todos*

juntos. Como forma de convivir. Bueno, así lo veo yo. Y el domingo se me acercó y me dijo: “¿No vas a comer hija? Me sorprendí mucho porque él nunca me había dicho hija. Siempre se refería a mí como huerca, muchacha o me hablaba a través de mi mamá. Le decía: “Dile a tu hija que venga”. Y fui a comer con todos.

Sesión 20 - 24/abril/2013

PACIENTE: Mi papá está muy enfermo. De hecho no fue a trabajar la semana pasada. Para que eso suceda quiere decir que sí está muy mal, porque mi papá nunca haría eso. Mi mamá me dijo que eran inicios de una parálisis facial. Estaba platicando con ella y me dijo que era mi culpa. Que por mis comportamientos, a ver a que hora le paraba, que no era capaz de ir a verlo ahora que estaba enfermo. Yo le dije que yo no tenía la culpa, que no tenía porque ir, si él tampoco se ha interesado por mí. Me reclamó que porque no le decía cuándo me iba o con quién salía, y le dije que si a él no le interesaba y él tampoco me preguntaba, yo no tenía porque decirle. Le pregunté que si mi papá la había mandado a decirme todo eso, o si era por su propia cuenta. Me dijo que era su propio interés, que se arreglaran las cosas. Yo le dije que no anduviera suponiendo cosas, que muy probablemente mi papá no quería saber nada de mí.

Sesión 22 - 5/junio/2013

TERAPEUTA: Me parece que sí extrañas mucho a tu familia.

PACIENTE: Pues ya ni tanto. Ya me acostumbré. He visto que tengo la suficiente capacidad para salir adelante.

TERAPEUTA: ¿Por qué no decirles lo que sientes?

PACIENTE: Por miedo a que me humillen. Se burlan de mí. No me puedo mostrar débil. Me acuerdo de una escena que mi papá estaba golpeando a mi mamá. La veía tan débil y humillada, y no paraba de llorar tirada en el piso. Me impactó mucho. No entendía por que ella no decía nada. Y ahora soy yo la que no puede decir. Y mi papá frío como siempre.

TERAPEUTA: *¿Así como tú? Demostrando que nadie puede contigo, con tal de no demostrar la debilidad como la de tu mamá.*

PACIENTE: *Si hablo con mi papá es de forma agresiva. Nadie se atreve a decirle las cosas. Mis hermanas siempre o lo evitan o tratan de darle por su lado. Pero yo ya no le tengo miedo. Yo ya no lo veo como mi papá. Para mi es más como un jefe o una autoridad, pero nada más.*

TERPEUTA; *Si le dices de forma agresiva, sería reaccionar de la misma forma que tu papá, fría, distante y agresiva, tal vez no con golpes, pero con palabras.*

PACIENTE: *Pero la verdad no sé si lo pueda hacer. No sé si lo quiera hacer. Con esto que pasó con Roberta siento que me alejé más de la familia. Y si se queda así, creo que va a ser bien difícil que regrese. Pero bueno, me voy con muchas cosas en qué pensar...*

Sesión 6 - 25/octubre/2012

PACIENTE: *El otro día en clase de trastorno el maestro comentó que era la madre quien le daba el lugar al padre. Y me quedé pensando y le pregunté al profe que qué era lo que sucedía cuando se crece en un ambiente violento y de alcohol, donde mi mamá nunca hablaba de mi papá. Mi papá nunca estaba y cuando llegaba dice mi mamá que siempre llegaba borracho. Yo no me acuerdo de eso. Sólo recuerdo una vez que llegó borracho y se acostó en la cama y le pidió a mi mamá que le quitara las botas. Ella le gritó que no le iba a quitar nada. Entonces él la agarró de los pelos y la tiró al piso. La llevó a la cocina para golpearla, para que yo no los viera. Pero teníamos una litera, donde yo dormía arriba, y desde ahí podía ver como la seguía golpeando. Al principio sí me asusté, pero con el tiempo me fui acostumbrando, y ahora ya realmente no siento nada al pensar en ello. Esto ya no se lo platicué al profe, pero sí te lo digo a ti.*

Al final de cuentas la paciente logra darse cuenta de que la imagen que tenía de un padre tirano, alcohólico, violento, frío, era la imagen que se había creado de todo lo que su mamá le había contado. En cuanto se dio la tarea de conocer por su propia cuenta a su papá, su percepción de él cambió, le

perdió el miedo y se volvió a acercar a él. A partir de ahí ha podido volver a tomar un lugar en su familia y tener el sentido de pertenencia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

5.1 SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Las categorías elegidas se han considerado esenciales en el tratamiento de la paciente en cuestión ya que se centran en la relación de Irene con la madre y el padre, puntos de partida para el desarrollo de su estructura neurótica histérica, que tiene como rasgos sobresalientes la insatisfacción y la triangulación edípica, repetitiva en su elección de pareja. Durante el tratamiento ha llamado mucho la atención la forma en que se relaciona con las mujeres, viéndolas como rivales, pero sobre todo con los hombres. Eso debido a que ha desfilado una cantidad considerable en su vida. Desde un inicio llamó la atención la necesidad de tener a un hombre mayor presente y la necesidad de estar involucrada sentimentalmente con alguien, además de siempre estar buscando relaciones sexuales. Estos hechos se relacionaron con la ausencia del padre en su vida que tanto anhelaba. Debido a la narración de su mamá llegó a formar una idea equivocada de un padre tirano y frío que no quería saber nada de ella. Eso le provocaba mucho temor y dolor, por lo cual se aisló de su familia y se refugió en los hombres. Además pasó por una etapa de rebeldía donde hacía exactamente lo que al padre le disgustaba. Estudiaba, trabajaba, tenía relaciones, tomaba y hasta llegó a probar la marihuana. Sin embargo en esa búsqueda desenfrenada por atención y cariño, se sintió cada vez más vacía e insatisfecha. Las relaciones sentimentales nunca resultaban lo que ella esperaba y poco a poco se fue dando cuenta que ahí no radicaba su respuesta. Empezó a hacer cambios en su conducta, a esforzarse más en la escuela, a arreglarse más, a tener menos relaciones sexuales, y a convivir más con su familia. Se preocupaba por sus hermanas, platicaba seguido con su mamá y comenzó a convivir con su papá dándose cuenta que en su familia la quieren y se sienten orgullosos de ella. Todo esto le ha permitido encontrar una estabilidad que ella no creía posible alcanzar. Se siente mucho mejor con ella misma, disfruta lo que hace y está con su familia. Sigue

buscando una pareja y cuestionándose del matrimonio, pero de una manera reflexiva y menos impulsiva en su toma de decisiones.

5.2 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES

Para la evolución del proceso terapéutico ha sido fundamental la forma de vincularse tanto con hombres como con mujeres, haciendo énfasis en la necesidad de la figura paterna en su vida, y su relación de amor-odio con la madre que se ha llegado a presentar de forma transferencial también con su analista. En ciertos momentos la devalúa y no cree en ella, mientras que en otros momentos la idealiza y quiere llegar a ser como ella. Trabajando esos dos puntos es que la paciente se ha podido mover de lugar, desprendiéndose de la dependencia al Otro, siendo cada vez más independiente en su forma de aprobarse, aceptarse y quererse. Esa seguridad le ha permitido estar más estable en su relación con el sexo opuesto y de mantener buenas amistades con sus amigas, además de tener un trabajo fijo y desarrollarse favorablemente en su trabajo.

Ha sido un caso, desde mi punto de vista, bastante fácil de llevar, ya que la paciente en las sesiones se mostraba muy dispuesta, asociando libremente, reflexionando, con una gran disposición de hacer cambios en su vida.

Las dificultades presentadas podrían haber sido el timing en las intervenciones por parte del analista, para darle tiempo a la paciente para asimilar lo dicho y poderlo digerir. Por otro lado hubo ausencias frecuentes por un período de tiempo por parte de la paciente, que pudieron haber obstruido el desarrollo del proceso.

En lo personal ha sido una gran experiencia, este caso, como diría yo, de libro, que me facilitaba hacer las intervenciones y que me permitía observar los cambios y movimientos que hacía. Eso sin duda ha sido enriquecedor y a la vez satisfactorio para mi carrera profesional.

Hacer este tipo de investigación me ha permitido entrar de lleno al caso, darme cuenta de errores cometidos, de logros alcanzados, pero sobre todo de profundizar en la teoría de diferentes autores y poderlo aplicar en la clínica como acompañante silenciosa.

Cursar la maestría me ha dado la seguridad de saber cada vez con mayor claridad que es lo que estoy haciendo, que es lo que estoy escuchando y porque estoy interviniendo de esa forma en la práctica, para de esa forma disfrutar cada vez más mi profesión y poder de esa manera ayudar a otros a moverse de esos lugares tan displacenteros de la queja y la insatisfacción que traen a tantos pacientes a nuestros consultorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dolto, F., (1983). El Complejo de Edipo, las etapas estructurales y accidentes en El juego del deseo. México, Editorial Siglo XXI.
- Dor, J., (1996). Clínica Psicoanalítica, enseñanza, conducción de la cura, estudios clínicos. Barcelona, Editorial Gedisa S.A
- Dor, J., (1991). Estructuras Clínicas y Psicoanálisis. Editorial Amorrortu.
- Etchegoyen, R.H., (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Editorial Amorrortu.
- Freud, S., (2003). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos en Obras Completas. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S., (2003). El sepultamiento del Complejo de Edipo en Obras Completas. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S., (2003). Estudios sobre la histeria en Obras Completas. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.
- LaPlanche, J. , Pontalis, J. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós Ibérica.
- Muñiz, M., (2010). El estudio de caso: una estrategia de investigación en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica en Perspectiva de la Psicología Clínica. México, Editorial UASL, UANL.
- Nasio, J.D., (2005). El dolor de la histeria. Editorial Paidós Ibérica.
- Penchansky, M. (2012). Historia universal de la histeria, relatos de amor, pasión y erotismo. Argentina, Editorial Grijalbo.
- Racker, H., (1986). Estudios sobre técnica psicoanalítica. Editorial Paidós Ibérica.
- Ruiz, J. (1999). Metodología de la investigación cualitativa, España, Universidad de Deust.
-