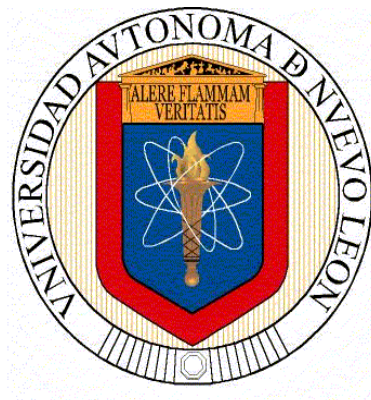


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SOBRE LOS AVATARES DE LA TRANSFERENCIA EN UN CASO DE  
HISTERIA.**

**TESIS REALIZADA POR**

**LIC. DANIEL RODRIGO ÁLVAREZ DEL CASTILLO ARREDONDO**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica**

**MONTERREY, NUEVO LEON.**

**JULIO 2013**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**



**Facultad de Psicología**



**Maestría en Psicología Clínica Psicoanalítica.**

**“Sobre los avatares de la transferencia en un  
caso de histeria”**

**Presenta**

**Lic. Daniel Rodrigo Álvarez del Castillo Arredondo**

**Director de tesis**

**Dr. Guillermo Vanegas Arrambide**

**Monterrey, Nuevo León. 2013**

## Agradecimientos

A mi padre

A mi madre

A mis maestros

Sin ellos hubiera sido imposible iniciar este camino

Y sería imposible proseguirlo.

## INDICE

CAPÍTULO 1 - - - - -	6
Título- - - - -	6
Resumen- - - - -	6
Introducción - - - - -	7
Antecedentes - - - - -	8
Objetivo General - - - - -	10
Objetivos Específicos- - - - -	10
Supuestos- - - - -	11
Limitaciones y Delimitaciones- - - - -	11
Justificación - - - - -	12
CAPÍTULO 2 . MARCO TEÓRICO- - - - -	13
Aspectos Teóricos y Conceptuales - - - - -	13
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA Y PROCECIMIENTOS - - - - -	26
Método- - - - -	26
Dispositivo- - - - -	27

Encuadre psicoanalítico - - - - -	-28
Proceso psicoanalítico- - - - -	28
Instrumentos y procedimientos- - - - -	29
CAPITULO 4. ESTUDIO DE CASO CLINICO - - - - -	31
Introducción- - - - -	31
Resumen - - - - -	-31
Motivo de consulta- - - - -	32
Sintomatología actual - - - - -	32
Impresión diagnóstica - - - - -	33
Historial clínico- - - - -	-33
Estructura subjetiva- - - - -	48
Contexto familiar - - - - -	-48
Figuras significativas - - - - -	-50
Estructuración edípica - - - - -	-56
Eventos traumáticos - - - - -	-57
Construcción de caso - - - - -	59
Primer momento- - - - -	-60

Segundo momento- - - - -	65
Tercer momento- - - - -	70
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN- - - - -	76
Síntesis de la intervención clínica- - - - -	76
Discusión y conclusiones personales- - - - -	78
Bibliografía - - - - -	81

# CAPITULO I

## 1.1 Título

Sobre los avatares de la transferencia en un caso de histeria.

## 1.2 Resumen

Este estudio de caso pretende estudiar las particularidades de la transferencia en un caso de histeria que psicoanalicé durante dos años. En el estudio de caso analizaré los distintos momentos por los que la transferencia de la paciente se desarrolló y sus respectivas posiciones subjetivas. El marco teórico de mi estudio de caso es el psicoanalítico freudiano. La paciente pasó por tres momentos importantes durante su análisis, con manifestaciones transferenciales características en cada uno, y mostrando un desarrollo de su personalidad con cada cambio de momento. Las inhibiciones y los síntomas mostraron evidente mejoría a lo largo de su análisis. La posibilidad de mostrar los avatares del desarrollo de la transferencia me permiten entender el despliegue de la transferencia y poder teorizar metapsicológicamente ese proceso, para ofrecer un estudio hermenéutico de un caso particular.

### **1.3 Introducción**

En este estudio de caso me propongo abordar el tema de la transferencia como objeto de la interpretación en el marco de la estructura subjetiva de la histeria. La transferencia es el eje central en torno al cual gira la cura psicoanalítica, y esta transferencia recibe características particulares cuando es construida por la histérica.

El marco teórico es eminentemente freudiano, dada la importancia histórica y teórica que tiene el entender a profundidad la propuesta de Sigmund Freud, ya que en esta está la base de la ética y la práctica psicoanalítica. Trabajo con el entendido de que si no se ha profundizado en el estudio de la obra de Freud, le será imposible al psicoanalista comprender las propuestas de los autores llamados “posfreudianos”, dado que estos parten del trabajo de Freud.

Los estudios de caso son textos muy valiosos para el progreso de la técnica psicoanalítica. El aprendizaje que se hace leyendo los casos de colegas experimentados es invaluable en la formación del aprendiz de psicoanalista. Así también son valiosos para el progreso de la teoría psicoanalítica, dada la naturaleza de la ciencia. Porque solamente a partir de la experiencia clínica es que se pueden poner a prueba las hipótesis de explicación de los fenómenos psíquicos.

En este trabajo abordaré primero los supuestos bajo los que trabajo, que son los del psicoanálisis y su objeto de estudio: el inconsciente. Después abordaré la metodología de trabajo, que es la del caso psicoanalítico, consistente en el estudio



de las viñetas de un caso que traté por dos años. En el marco teórico daré un pequeño resumen de las ideas que están en la base de las conclusiones de mi casi clínico.

#### **1.4 Antecedentes**

El origen del concepto de transferencia en Freud no es específico. El verbo alemán “*übertragen*” es un verbo de uso corriente en el idioma, y tiene varias acepciones, aunque todas indican el movimiento de algo hacia otro lado. Freud había usado esta idea tan temprano como en 1914 con el “*Proyecto de psicología...*” (1914), en el que usaba la voz latinizada “*transfert*” para designar el movimiento de carga energética del cuerpo hacia las representaciones. La evolución de este concepto la ubica como el eje central del tratamiento psicoterapéutico del psicoanálisis, dado que la transferencia es el revivenciar de las imagos o formas de relación con los padres que deja tras de sí el Complejo de Edipo, y que sirven como modelo para toda relación de objeto posterior.

Los aportes de Sigmund Freud son imprescindibles para comprender la dinámica de la cura analítica. Siendo él el creador del psicoanálisis, nos indica el camino a seguir. Con Freud sabemos que la transferencia es lo que estructura la cura analítica. Otro autor del cual he tomado aportes es Jean Laplanche, con su concepto de “cubeta transferencial”. He decidido hacer propias las concepciones de Freud y Laplanche porque considero que proporcionan una visión completa y complementaria de entender la dinámica transferencial. El concepto de transferencia es el más importante a la hora de entender el rumbo que toma una

psicoterapia, y es la razón de que lo haya colocado como elemento central de mi tesis.

El segundo concepto central es el de histeria. Es una clase de neurosis que se presenta con cuadros clínicos muy distintos. La neurosis, entendida desde Freud, es un padecimiento de origen psicológico, en el que se presentan síntomas que son la expresión de un conflicto psíquico, cuyos orígenes están en los primeros años de vida, en el que el psiquismo se va estructurando a través de las fases del desarrollo psicosexual. Este conflicto, junto con el desarrollo psicosexual, determinan las formas en que el sujeto se defenderá del conflicto, es decir, de la naturaleza de los síntomas. La forma clásica de la histeria es la histeria de conversión, que se caracteriza porque el paciente, generalmente una mujer, presenta síntomas orgánicos, como dolores, incapacidad para mover algún miembro o algún impedimento físico, pero que no tiene una lesión orgánica de base.

Mi interés por la histeria se basa en la estructura psíquica que presenta la paciente que traté durante el curso de mi maestría. Sin abordar la temática en torno al concepto de histeria sería imposible profundizar en las formas de la transferencia en el caso en cuestión.

Sí bien es cierto que hoy en día, a más de cien años del nacimiento del psicoanálisis ha habido muchos psicoanalistas que han desarrollado otras maneras de entender los conceptos de Freud, que hay diversas escuelas de psicoanálisis, cada una con su teórico central (entre ellos tenemos a Jacques

Lacan, Melanie Klein, Anna Freud, etc.), he decidido tomar como autor central para el desarrollo de mi trabajo a Sigmund Freud, y como autor complementario a Jean Laplanche.

Sin un profundo entendimiento de la propuesta Freudiana, que es más que la explicación teórica de los fenómenos que observamos en la cura analítica y en los síntomas neuróticos, también es una propuesta ética, es la pregunta de ¿qué hacer y para qué estoy haciendo consciente lo inconsciente?. La respuesta a esa pregunta es lo que indicará, en última instancia, el camino que tomará la cura psicoanalítica.

## **1.5 Objetivo general**

Analizar la transferencia en tanto elemento central del análisis de un caso de histeria. Sus avatares en tres distintos momentos del análisis.

## **1.6 Objetivos específicos**

- 1) Analizar, en el primer momento del proceso analítico, cómo se va desarrollando la transferencia.
- 2) Describir las características de la transferencia de una paciente histérica.
- 3) Diferenciar los momentos de la transferencia, con sus respectivas posiciones subjetivas.

## **1.7 Supuestos**

La transferencia es una reactualización del pasado infantil en el proceso psicoanalítico.

Es en la infancia donde la estructura subjetiva se conforma y determina las relaciones adultas.

La transferencia se convierte en la principal herramienta clínica para analizar la estructura subjetiva del paciente.

El análisis de la infancia a través de la transferencia permite modificar las relaciones actuales del paciente

## **1.8 Limitaciones y delimitaciones**

Las premisas y las conclusiones teóricas a las que se llega en este caso no necesariamente son aplicables a otro caso dadas la singularidad del caso, las características del terapeuta y las condiciones institucionales que lo atraviesan.

Con el estudio del presente caso nos proponemos profundizar en el campo de las dificultades del manejo de la transferencia, con el fin de proporcionar un texto más al debate sobre el tema. Los aportes están circunscritos al campo del tratamiento psicoanalítico de las neurosis, en específico de la histeria.

## **1.9 Justificación**

El manejo de la transferencia es la habilidad definitiva que le da al trabajo del psicoterapeuta la cualidad de psicoanalítico. En ese sentido, contribuir a la discusión al respecto es la motivación principal de este trabajo. En la medida en que se gana experiencia en el manejo de la transferencia, la eficacia de los tratamientos emprendidos por el psicoterapeuta aumentará.

Un mejor entendimiento de los de la transferencia en el interior del dispositivo analítico permitirá exportar los avances teóricos del psicoanálisis hacia fenómenos transferenciales fuera de la cura analítica. También contribuirá a un mejor desempeño de la labor clínica de los psicoterapeutas.

En este capítulo revisamos los lineamientos generales que marcan la pauta del desarrollo de mi trabajo sobre la transferencia.

## **Referencias**

1.- Freud, Sigmund. *“Proyecto de psicología..”* 1894 (1950). Obras Completas, Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

## **CAPITULO 2 MARCO TEÓRICO**

Para desarrollar el tema de mi tesis es necesario primero aclarar el marco teórico en torno al cual giran mis conclusiones, pues sin una clara delimitación de los conceptos y marcos de referencia que se involucran en mi labor clínica sería muy difícil entender el origen de las interpretaciones y conclusiones a las que llego.

### **2.1- Aspectos teóricos y conceptuales**

La transferencia en la particular forma en que se presenta en la histeria es una temática que necesita el entretrejimiento de varios conceptos: transferencia, neurosis, histeria, defensa, resistencia. Todos ellos en estrecha relación con la aplicación del método psicoanalítico y su énfasis en su aspecto psicoterapéutico.

Al principio de la obra de Freud, la idea central sobre la transferencia es esa, el movimiento de energía de una representación a otra. Así, en un principio, Freud veía la transferencia de carga energética sobre la representación del analista como un síntoma más para tratar. No forma parte de lo que él consideraba la esencia del trabajo terapéutico del psicoanálisis. Freud consideraba a las transferencias como reimpresiones, reproducciones de las mociones que deben ser develadas y hechas conscientes a medida que progresa el análisis. Lo que es característico de ellas es la substitución de una persona anteriormente conocida por la persona del médico. Entonces la transferencia podía ser con el analista o con cualquier otra persona, y debía ser eliminada como cualquier síntoma.

Sin embargo, en este caso comienza a perfilarse la importancia que tendrá la transferencia en el entendimiento de la cura analítica. En el comentario crítico que añade al final del caso, Freud señala que el tratamiento se interrumpió por su error en interpretar las transferencias. La importancia clínica del análisis de la transferencia comienza a tomar importancia.

El descubrimiento y teorización del Complejo de Edipo es lo que le dio a la transferencia su lugar central y estructurador de la cura analítica. En su texto de 1912 "*Sobre la dinámica de la transferencia*" (1), Freud dice que la transferencia va ligada a prototipos o imagos, principalmente la imago del padre y de la madre, y que de este modo, la figura del médico es insertada en alguna de las series psíquicas que el paciente ya trae consigo a raíz de su paso por el Complejo de Edipo.

Con el Edipo, Freud descubre que lo que se revive en la transferencia son las relaciones tempranas con los padres, el conflicto pulsional que trae consigo la ambivalencia que se siente en la transferencia con el analista. Esa ambivalencia traerá consigo las categorías que conocemos ahora: transferencia positiva, transferencia negativa, transferencia de sentimientos tiernos y transferencia de sentimientos hostiles. Recordemos que estas son solo momentos de una misma transferencia, y que muchas veces se presentan al mismo tiempo.

Así nace el concepto de "neurosis de transferencia". Cuando Freud se da cuenta de que el complejo de Edipo es el núcleo central de la neurosis del paciente, y que la cura psicoanalítica gira en torno a la transferencia, que es el revivir los modelos

de relación infantiles en el análisis mismo, Freud también se da cuenta de que los síntomas con los que llega el paciente son, después de un tiempo de tratamiento, reemplazados por el interés que le provoca la persona del médico y la situación de la cura analítica. Dice Freud que *“constantemente llegamos a atribuir a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación transferencial, a reemplazar la neurosis corriente por una neurosis de transferencia, de la cual [el enfermo] puede ser curado mediante el trabajo terapéutico.”* (2)

Jean Laplanche y Jean-Baptiste Pontalis definen la neurosis de transferencia de este modo: *“Dentro de la teoría de la cura psicoanalítica, neurosis artificial en la cual tienen a organizarse las manifestaciones de transferencia. Se constituye en torno a la relación con el analista; representa una nueva edición de la neurosis clínica; su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil.”* (3)

En su texto “Recordad, repetir, reelaborar.” (1914) Freud habla de que el paciente repite en la transferencia sus conflictos infantiles, dice que su *“neurosis corriente”* es reemplazada por una *neurosis de transferencia*, y que es ésta última la que puede ser curada por el tratamiento psicoanalítico. Es, en cierto sentido, una transformación de la enfermedad psíquica del paciente en una enfermedad artificial, hecha a la medida de la cura psicoanalítica y susceptible de ser resuelta por ésta.

La neurosis de transferencia entonces, servirá para coordinar los síntomas las demás reacciones transferenciales hacia un solo punto, el de la situación analítica.



La instauración de la neurosis de transferencia es un elemento esperado en todo psicoanálisis, y es necesario para la elaboración de los conflictos infantiles.

En el sentido en que la transferencia repite las formas de los conflictos infantiles, la repetición es un elemento constituyente de la transferencia, quizá todo su fundamento. La compulsión a la repetición es un principio autónomo e irreductible a la dinámica conflictual en la que intervienen el principio de placer y el principio de realidad. La compulsión a la repetición actúa de manera constante. Es la responsable de que los conflictos infantiles sigan actualizándose en los conflictos “actuales” de los pacientes.

El principio de repetición es difícil de ubicar dentro del edificio teórico freudiano, pero podemos decir que el texto en el que toma un papel protagónico es el de *“Más allá del principio de placer”* (1920). Freud se dio cuenta desde mucho tiempo antes que los fenómenos psíquicos tenían un carácter de repetición, por ejemplo, los rituales obsesivos, las formas de relación con otras personas, los actos fallidos; tanto por su forma como por el hecho de que esos síntomas reproducen elementos de conflictos del pasado. Lo reprimido, lo que ha quedado sepultado, intenta regresar al presente en forma de lapsus, de sueños, de síntomas.

En la neurosis de transferencia se pone en primer plano la repetición de los conflictos infantiles al actualizarse en el tiempo y en la situación del análisis. Pero hay un punto muy interesante en el principio de la compulsión de repetición. Lo que tiene a repetirse son experiencias evidentemente displacenteras, haciendo todo un enigma descubrir la instancia que pudiera encontrar satisfacción con ellas.

Es un enigma momentáneo, pues el texto en el que Freud plantea estas preguntas es anterior a la tesis freudiana según la cual lo que es displacer para un sistema del aparato psíquico es placer para otro.

Unos años después, en *“Inhibición, síntoma y angustia”* (1925), Freud ve en la compulsión a la repetición algo fundamental: reconoce en ella el tipo de resistencia propio del inconsciente, que es cuando los prototipos de descarga pulsional inconscientes son atraídos por los procesos pulsionales que han sido reprimidos.

Es aquí en donde encontramos el punto más interesante respecto a la relación entre neurosis de transferencia y compulsión a la repetición. Si tomamos en cuenta que la repetición es la forma fundamental de resistencia, la transferencia sería al mismo tiempo un intento de elaboración de los conflictos inconscientes infantil y una resistencia contra esa elaboración, o dicho de otra forma, un esfuerzo por descargar la pulsión a través de lo que ya ha sido reprimido.

Pero ¿qué es la resistencia? Volviendo con el *“Diccionario de psicoanálisis”* (Laplanche & Pontalis, 1971), es definida como *“durante la cura psicoanalítica... todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una “vejación psicológica”* (4).

Freud descubrió a la resistencia como un obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas de las neurosis y a la cura psicoanalítica. Al principio Freud trataba de

vencer la resistencia mediante la sugestión y la persuasión, pero pronto reconoció en la resistencia un camino para llegar a los complejos inconscientes que determinaban los síntomas. Es la insistencia de Freud cuando nos dice que no basta con comunicarle al paciente el sentido de sus síntomas para que la represión desaparezca. Hay que interpretar también la resistencia, darle su sentido.

La transferencia es en un sentido una resistencia, porque reemplaza el recuerdo por una actuación, es decir, la persona en vez de recordar los conflictos infantiles, los actúa, pero ocultos bajo el contenido manifiesto de la persona del analista y de la situación analítica.

Uno de los primeros puntos de vista de Freud sobre la resistencia es en la época de *“Estudios sobre la histeria”* (Breuer & Freud, 1893), donde considera a la resistencia como una manifestación propia del tratamiento psicoanalítico, por el esfuerzo de memoria que éste exige a los pacientes, de la fuerza que ejercen contra el yo las representaciones que querrían hacerse conscientes pero que el yo ha rechazado, y se esfuerza porque se queden así. Pero el fondo de esta resistencia se encuentra en lo reprimido como tal, en la dificultad de este para hacerse consciente y ser aceptado por el yo. En este momento de la teoría de Freud, la resistencia tiene dos explicaciones: es una función defensiva del yo y está regulada por la cercanía de las representaciones a lo reprimido.

Cuando aparece la así llamada “segunda tópica”, la concepción de la resistencia como defensa del yo cobra más fuerza. El inconsciente o lo reprimido no

ejergerían ya una resistencia a devenir conscientes por sí mismos, sino que ellos, al contrario, presionan para hacer que sus contenidos se vuelvan conscientes a fin de establecer una ruta de descarga pulsional más directa. La resistencia proviene del mismo sistema que promovió la represión de esos contenidos que ahora luchan por regresar. Este papel defensivo del yo será sostenido por Freud el resto de su vida.

En *“Inhibición, síntoma y angustia”* (1925) Freud distingue cinco formas de resistencia. Tres de ellas las atribuye al yo: la represión, que es cuando el yo rechaza un contenido por ser contrario a sus preceptos éticos, estéticos y morales y lo envía al inconsciente, estableciendo una barrera entre estos dos sistemas; el beneficio secundario de la enfermedad, que se basa en que el síntoma se integra al yo porque le provee de una descarga de la pulsión y un síntoma que le traerá un beneficio secundario, como sería la lástima que provoca en otros por estar enfermo; y la resistencia de transferencia.

Será en esta última donde se desarrolle la batalla decisiva entre la parte del paciente que se rehúsa a sanar y el analista. Es así como pasamos al concepto de interpretación. Para lograr el objetivo del psicoanálisis, hacer consciente lo inconsciente, no basta colocar al paciente en una situación favorable para emerja el inconsciente y el paciente se pueda escuchar, pues opera también una fuerza opuesta a la conscientización de los complejos infantiles, la resistencia de la que hablamos más arriba. Es precisamente el trabajo del psicoanalista vencer esta resistencia, y para ello usa la interpretación.

Una interpretación es un razonamiento, por medio del método psicoanalítico, del significado latente de las producciones verbales del sujeto. La interpretación pone en evidencia las formas del conflicto defensivo y su objetivo es el deseo que está en la base de toda producción del inconsciente.

En el contexto del tratamiento psicoanalítico, la interpretación es una comunicación que le hacemos al paciente con el objetivo de hacerle posible ver ese sentido oculto que tienen sus comunicaciones. La interpretación es el núcleo de la técnica y del método freudiano, que es la puesta en evidencia del sentido latente de los materiales psíquicos.

El modelo de la interpretación tiene sus orígenes en *“La interpretación de los sueños”* (Freud, 1900), cuando Freud propone que la narración de un sueño es la parte manifiesta de una producción psíquica que tiene una parte latente, oculta, que posee un sentido, más concretamente, un deseo. La interpretación sería, en este caso, el develamiento del deseo oculto a partir de las comunicaciones que hace el paciente a partir del contenido manifiesto del sueño.

Mi segunda línea de trabajo para este caso clínico avanza sobre el concepto de histeria. La noción de histeria es muy antigua. Se remonta a la medicina de los antiguos griegos, con Hipócrates. El nombre de histeria viene de *“histerión”*, que es el útero. Ellos pensaban que los padecimientos de las enfermas a quienes denominaban histéricas se debían a la migración del útero a otras partes del cuerpo. Mucho tiempo después, en el siglo XIX, la histeria fue traída de nuevo a primer plano gracias a Charcot, el médico francés con el que Freud estudió de

joven. En ese contexto, se trató de entender a la histeria desde el método anatomoclínico, es decir, buscar la lesión que originaba los síntomas. Al no encontrar dicha lesión, los médicos pensaban de dos formas: o que la enferma fingía los síntomas, o en su forma más benévola, que estaban originados en la sugestión o autosugestión; la otra forma era pensar en una lesión neurológica. Charcot se inclinaba por la idea de que la histeria era una afección con origen psíquico, y esta idea fue transmitida a su discípulo Freud, que luego la desarrolló en la extensión que conocemos hoy en día.

Las primeras distinciones que Freud y su amigo Breuer utilizaron para intentar despejar el problema de la histeria eran *histeria de defensa*, *histeria de retención* e *histeria hipnoide*. Este periodo comprende los años de 1894 y 1895, donde se publican los trabajos de “*Las psiconeurosis de defensa*” en 1894 y “*Estudios sobre la histeria*” en 1895. En estos trabajos, las histerias se caracterizan por la imposibilidad de abreaccionar, de descargar los afectos relacionados con un trauma. En la histeria de retención, es imposible descargar el afecto por la propia naturaleza del trauma, es decir, por cuestiones externas al sujeto. En la histeria hipnoide, la imposibilidad de la descarga tiene su origen en el estado particular en que se encontraba el sujeto al momento del trauma, los estados hipnoides.

La histeria de defensa se caracterizaba por la actividad de defensa que el sujeto ejerce frente a las representaciones que provocan un displacer en el yo. Esta categoría la dejó de utilizar al reconocer la característica de la defensa en el resto de las histerias, convirtiéndose en el prototipo de las neurosis.

El primer cuadro histérico que Freud aisló fue el de la *histeria de angustia*. Su síntoma central es la fobia. En esta histeria, que se basa en la represión, que tiende a separar el afecto de su representación, la libido que la represión ha separado de la representación intolerable no es convertida hacia el cuerpo, sino que libera en forma de angustia. La fobia es el intento de ligar esa libido libre a un objeto, a fin de hacerla menos peligrosa para el yo. La diferencia entre la histeria de angustia y la neurosis fóbica está en que, en la primera, la aparición de la fobia es un fenómeno secundario al ataque de angustia. Como lo atestigua el caso del pequeño Hans, en el que la fobia al caballo aparece después del primer ataque de angustia, se ve como la fobia es un intento de solucionar el problema de la angustia libre, que es mucho más displacentera para el yo. La angustia libre es el sentimiento del yo cuando está sobrecargado de libido que no puede ubicar en un objeto específico. Entonces esa energía está presta a colocarse sobre un objeto.

Cuando Freud trabaja este caso, se da cuenta de que la histeria no utiliza solamente el mecanismo de la conversión, que antes caracterizaba a toda la categoría gnoseológica de histeria, entonces divide a la histeria en *histeria de angustia* e *histeria de conversión*. La histeria de conversión es aquella en la que la libido que queda separada de su representación por efecto de la represión se tramita hacia el cuerpo y es descargada por éste.

Los conceptos centrales que trabajaré en el caso de Juliana serán los de angustia y regresión dada la importancia clínica que suponen. La angustia es un concepto económico, gira en torno a lo que le sucede a los montos de energía con los que opera el psiquismo. Seguimos a Freud en su conferencia número 25 sobre la

angustia (1917). Ahí nos dice que si una situación hace imposible la descarga de pulsión por determinado camino, esa pulsión se acumulará y buscará otra vía de descarga. En su camino por descargarse, la pulsión puede invadir al yo en forma de libido libre o libido que no está ligada a una representación, esto es sentido por el yo como displacentero, y le llamamos angustia.

Cuando el yo se da cuenta de una situación real o externa puede provocar un peligro interno entonces sobreviene una angustia expectante. Freud la define como *“un estado general angustia... dispuesta a prenderse del contenido de cualquier representación pasajera; influye sobre el juicio, escoge expectativas, acecha la oportunidad de justificarse”* (5).

Por definición, el yo es una estructura de sentido, busca darle sentido a las representaciones, y encuentra displacentera cualquier descarga pulsional no ligada a una representación, pues amenaza con hacer estallar su unidad, dado que se basa en la ligazón entre representaciones a través de la libido.

La regresión, por otro lado es un concepto dinámico, trata de los modos de funcionamiento del aparato psíquico, en particular nos puede ayudar a entender la forma que tiene el aparato psíquico, y el yo en particular, para defenderse de situaciones angustiantes. Un concepto previo, necesario para abordar el concepto de regresión es el de fijación. Veamos lo que dice Freud: *“Juzgamos posible, respecto de cada aspiración separada [se refiere a pulsiones parciales, a los caminos que sigue la pulsión], que partes de ella, que partes de ella queden retrasadas en estadios anteriores de desarrollo, por más que otras puedan haber*



*alcanzado la meta última.... Nos representamos a cada una de estas aspiraciones como una corriente continuada desde el comienzo de la vida, que descomponemos, en cierta medida artificialmente, en oleadas separadas y sucesivas...Una demora así de una aspiración parcial en una etapa anterior debe llamarse fijación (a saber, de la pulsión)” (6).* En este sentido, los caminos de la pulsión y los modos de funcionamiento en el desarrollo del psiquismo pueden funcionar como lo hacían en etapas anteriores, en caso de encontrar en su discurrir normal alguna dificultad para descargar la pulsión según su meta particular. A un movimiento así de retroceso le llamamos regresión. Vemos como regresión y fijación son conceptos dependientes entre sí.

La regresión puede ser en dos clases. En la histeria es frecuente encontrar una regresión a los primeros objetos investidos por la libido. La otra clase de regresión es la regresión a estados de organización sexual anteriores al post-edípico, como en la neurosis obsesiva, donde hay una regresión al funcionamiento anal.

Con esto tenemos un panorama general sobre los conceptos más elementales de la clínica psicoanalítica freudiana.

## REFERENCIAS

- 1.- Freud, Sigmund. “*Sobre la dinámica de la transferencia*”. 1912. Obras Completas, Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)
- 2.- Freud, Sigmund. “Recordar. Repetir y elaborar.” 1914. Obras Completas. Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. P. 151. (2006)
- 3.- J. Laplanche y J-B. Pontalis. “*Diccionario de psicoanálisis*”. 1971. Pág. 251, Editorial Labor. Barcelona, España.
- 4.- J. Laplanche y J-B. Pontalis. “*Diccionario de psicoanálisis*”. 1971. Pág. 384, Editorial Labor. Barcelona, España.
- 5.- Freud, Sigmund. “*Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 25.*” 1916-1917. Obras Completas, Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. P. 362. (2006)
- 6.- Freud, Sigmund. “*Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 22.*” 1916-1917. Obras Completas, Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. P. 310. (2006)

## **CAPITULO 3 METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS**

En este capítulo abordare el método y el procedimiento empleados en el estudio de caso presente. Definiré brevemente cada uno de sus componentes a fin de ofrecer al lector una guía en la metodología psicoanalítica.

El abordaje clínico que tiene mi intervención es el psicoanalítico. Es un método por las condiciones que instaura le permite al paciente y al terapeuta establecer un diálogo que profundiza en la problemática psicológica del paciente, y en esa profundización y conscientización el paciente reelabora los conflictos que están en la base de su problemática.

### **3.1- Método**

El método de intervención psicoanalítico se encuadra en el paradigma de la investigación cualitativa. La investigación cualitativa tiene como característica principal el ser inductiva, es decir, que parte del estudio de un caso en particular y busca descubrir las leyes que lo gobiernan, para poder extender las conclusiones obtenidas de ese caso en particular hacia un grupo más amplio de casos, que compartan características con el caso estudiado.

El estudio de caso psicoanalítico, por sus características, cae dentro de la clasificación metodológica cualitativa. En él, un paciente en particular se vuelve el objeto de estudio. El marco del estudio es si proceso terapéutico y el sujeto de la investigación es el psicoterapeuta. El objetivo es explicar la dinámica inconsciente

de la estructura subjetiva del paciente, quedando así explicados sus síntomas. Las conclusiones teóricas obtenidas de ese caso podrían ser expandidas a otros casos.

El reporte de caso psicoanalítico tiene como fundamento la experiencia terapéutica llevada a cabo y será dilucidada teóricamente. El método psicoanalítico busca describir las características de un sujeto que se supone escindido.

### **3.2- Dispositivo psicoanalítico**

La característica principal del método psicoanalítico es su dispositivo. Este está compuesto por 4 elementos constitutivos invariables. Solamente estando estos 4 elementos presentes estarán dadas las condiciones para la emergencia del inconsciente del paciente, a través de la transferencia que se establece con el analista. Estos elementos son la asociación libre, la atención parejamente flotante, la neutralidad y la abstinencia.

La asociación libre y la atención parejamente flotante son el componente principal del dispositivo. El paciente deberá decir todo lo que le pase por la mente, omitiendo cualquier crítica o censura a las asociaciones, y el terapeuta deberá escuchar todo el discurso del paciente con la misma atención, omitiendo los juicios de valor. La neutralidad y la abstinencia son reglas que el terapeuta deberá seguir. La neutralidad significa tener una actitud respecto al paciente en la que se dejen

de lado los valores religiosos, morales y sociales, también significa evitar dirigir la cura hacia un punto determinado por el terapeuta o por el mismo paciente. La abstinencia significa que la cura analítica no será objeto de satisfacciones sustitutivas para los síntomas del paciente, ni para los complejos del terapeuta.

### **3.3- Encuadre psicoanalítico**

El dispositivo psicoanalítico tiene además un marco en el cual se desenvuelve. Este marco está compuesto por variables instrumentales, cuyo objetivo es permitir que las variables metodológicas se puedan mantener. Estas variables instrumentales son el horario de la psicoterapia, la frecuencia de las sesiones, la duración de cada sesión, los honorarios del terapeuta y la disposición espacial del terapeuta y el paciente en el consultorio.

Estas variables pueden cambiar de paciente a paciente, dependiendo las necesidades de cada caso y de la personalidad del paciente; o también pueden variar de terapeuta a terapeuta, dependiendo de su formación. Lo importante es que se mantengan constantes a lo largo del tratamiento.

### **3.4- Proceso psicoanalítico**

En conjunto, el dispositivo y el encuadre generarán la materia prima del psicoanálisis: la transferencia. A través de la transferencia y de la resistencia, el

terapeuta podrá hacer las intervenciones adecuadas, que le permitan al paciente hacer consciente lo inconsciente y elaborar los conflictos psíquicos que subyacen a los síntomas.

Como se puede ver, el elemento único de análisis es la relación transferencial que el paciente establece con el analista y el discurso que la acompaña. Este discurso y relación se puede dar únicamente cuando las condiciones metodológicas e instrumentales se establecen. Para operar sobre la transferencia, el terapeuta tiene a su disposición una serie de instrumentos, entre ellos la interpretación, el señalamiento, la confrontación y la construcción, todos ellos con el objetivo de hacer consciente los elementos inconscientes determinantes de los síntomas.

### **3.5- Instrumentos y procedimientos**

La interpretación es el principal instrumento. En él, el terapeuta le da un sentido destino a algún elemento discursivo del paciente. El sentido nuevo es un sentido que estaba latente ya, pero oculto por las resistencias del yo del paciente. El señalamiento es la comunicación que el terapeuta hace al paciente, en el que acentúa determinado elemento del discurso del paciente, buscando así abrir una cadena asociativa que permanecía oculta. La confrontación es la comunicación que el terapeuta le hace al paciente en la que pone el acento en la contradicción que el yo de paciente presente. Por último, una construcción es una elaboración extensa que el analista hace del material del paciente, que tiene como objetivo reconstruir una parte de la historia o de las fantasías infantiles del sujeto.

El método psicoanalítico es uno de los ejes que caracterizan al psicoanálisis como marco conceptual y como método de intervención. Su estructura *sui generis* lo hacen único dentro de las modalidades de intervención terapéutica

## **CAPITULO 4 ESTUDIO DE CASO CLÍNICO**

### **4.1- Introducción**

En este largo capítulo abordaré el caso clínico que me ocupa en este trabajo. Estudio su historia antes de llegar a consulta, su motivo de consulta, su estructura subjetiva y finalmente su tratamiento conmigo. El tratamiento se divide en tres momentos generales que le dan coherencia a los cambios que fue sufriendo durante el proceso.

### **4.2- Resumen**

Juliana es una mujer de 20 años que atiendo desde Octubre del 2010, primero en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UANL, y posteriormente en mi consultorio. Su tratamiento terminó en Septiembre de 2012. En estos dos años de tratamiento Juliana ha podido tomar conciencia del tipo de relaciones que establece con los hombres, en las que predomina la demanda de atención y cuidado y un dominio general sobre su pareja, oculto en una máscara de pasividad, en donde la mujer tradicional, pura y casta es la imagen que prefiere brindar.

Juliana es estudiante de psicología y vive con sus dos padres. Su padre trabaja en un taller mecánico, tiene escolaridad de preparatoria. Su madre es ama de casa y también tiene estudio de preparatoria. La situación económica de la familia les permite tener a sus tres hijos en carreras profesionales, aunque no viven holgadamente.



Juliana tiene dos hermanos, una hermana mayor por dos años y un hermano menor por un año. La relación con su hermano es buena, platican seguido y comparten algunas amistades. Con su hermana la relación es de fuerte competencia.

Juliana es una paciente depresiva, con muchas dificultades para comunicarse con el terapeuta. Lloro todo el tiempo de la sesión y tiene resistencias muy grandes a hacer *insight*. Su estructura subjetiva es histérica con rasgos obsesivos, y su mecanismo de defensa principal es la regresión.

#### **4.2.1- Motivo de consulta**

Me consulta porque quiere ayudar a su hermano, que pasa por una etapa muy difícil en su vida. Sin embargo ese será uno de los temas menos mencionados en su terapia. Dice que su hermano está deprimido, triste, que no quiere hacer nada y que desea ayudarlo, pero no sabe cómo. Tiene la idea de que si se ayuda ella, podrá ayudar a su hermano

#### **4.2.2- Sintomatología actual**

Los síntomas con los que Juliana llega a consulta son: depresión, fobia social, insomnio y dificultades escolares. Juliana rehúsa conocer a sus compañeros de clase, tiene miedo de ser rechazada, por lo que todo el tiempo está sola en la escuela. También manifiesta que batalla para dormir y que eso hace que en el día

esté muy cansada. También está teniendo problemas con algunas materias, dice que el material le resulta complicado.

### **4.2.3- Impresión diagnóstica**

Durante las primeras entrevistas la línea diagnóstica que me oriento fue la de la estructura neurótica histérica, dada la problemática de desvalorización por el objeto de amor de la paciente. La histeria se caracteriza como estructura por buscar ser amado por el objeto sexual como descarga de la pulsión, y al faltar este amor por parte del objeto, se entra en una depresión.

### **4.3- Historial clínico**

En la primera entrevista atiendo a Juliana en un cubículo de la U.S.P donde realicé mis prácticas. Ella está en primer semestre de la carrera. La hago pasar al cubículo, donde se sienta en la silla más alejada de mí, en la esquina de la habitación. Se ve muy nerviosa y no dice nada. La saludo y me presento, la invito a que me cuente que la lleva a buscar apoyo psicológico, a lo que me dice, de manera muy escueta y con la voz temblorosa, que tiene problemas con su hermano. Que su hermano no estudia ni trabaja, se salió de la preparatoria hace un año y desde entonces no hace nada, quiere ayudarlo pero no sabe cómo. Cuando llega el momento de preguntar sus datos generales, contesta de manera

muy seca, mira hacia el suelo. Súbitamente comienza a llorar. Le pregunto que le sucede, no me responde solo puede llorar. Así transcurre la mayor parte de la entrevista. Solo tengo sus datos generales y su idea de ayudar a su hermano, y la idea de que es una joven con mucho que decir y mucha angustia. En un intento por ayudarla a establecer un diálogo, le digo que estoy aquí para escucharla. Entre sollozos, dice que tiene problemas con los exámenes, que le dan mucho nervio, que teme reprobado. Ya con bastante angustia, tanto Juliana como yo, llegamos a los 40 minutos de sesión, con solo algunas frases mal hilvanadas y unos cuantos datos damos por terminada la sesión, acordando continuar la próxima semana.

La fantasía de ayudar a su hermano, en tanto que se siente unido a él en un nivel muy profundo, sirve de pantalla para su solicitud de ayuda. Se siente agobiada por la severa vigilancia de su padre, encarnado en la figura del terapeuta sentado frente a ella, ante el cuál no puede decir una palabra, el miedo a ser “reprobada” es muy grande.

Así es como Juliana llega a consulta, como una joven con problemas para socializar, con miedo a fracasar en la escuela, muy cerrada a su familia. Aparenta tener menos edad, cuando la atendí por primera vez tenía 20 años, pero era como si entrevistara a una niña de 13 o 14 años.

La historia escolar de los tres hermanos es turbulenta. El hermano repitió tercer grado de primaria y Juliana cuarto. La historia de su segunda vez en cuarto de

primaria se repetirá varias veces durante el tratamiento de Juliana. Su hermana estudia una carrera profesional en una universidad privada.

Juliana tuvo problemas al entrar a la universidad. Falla en el primer intento y entra a trabajar mientras espera el siguiente semestre. Esta experiencia de trabajo resulta muy dura, pues tiene un jefe muy duro, con carácter muy fuerte. Juliana abandona ese trabajo a los 2 meses. En el siguiente intento logra entrar a la universidad, pero con ayuda de alguien que trabaja en la universidad. La razón de que no aceptaran a Juliana es que había obtenido resultados desfavorables en los exámenes psicométricos. Le dijeron que no tenía el perfil para entrar a la carrera, pero ella no desistió. Este será un aspecto importante en el transcurso de su tratamiento.

Juliana tiene una relación de pareja con Héctor, cinco años mayor que ella. Se conocieron cuando ella estaba en tercero de secundaria. Un año más tarde Héctor le pide a Juliana que sea su novia, y ella acepta, pero antes le pide permiso a su padre, el cual accede. La relación entre Héctor y Juliana será el punto central de su tratamiento, y una de las razones por las que acude a terapia, aunque esto no lo descubrirá de inmediato, pues tomará algunas semanas en aparecer como eje en la dinámica de su terapia.

Juliana es una mujer introvertida, habla poco y se muestra muy tímida al comienzo de su terapia. Le cuesta mucho trabajo asociar y constantemente le pide ayuda, le pide que le haga preguntas o que le sugiera temas para hablar. Tiene pocos amigos y sus relaciones sociales son principalmente con los miembros de su

familia, destacando la madre, con quien pasa la mayoría de las tardes en casa. Esta dificultad para relacionarse se abordará en su tratamiento, logrando una leve mejoría en el primer semestre del inicio de su terapia.

Durante los primeros 4 meses de su tratamiento Juliana tuvo que aprender a asociar. Le costaba mucho trabajo hablar durante un periodo más o menos prolongado. Hablaba con frases muy cortas y concretas, casi sin mostrar emoción alguna. Me pide que le haga preguntas, dice que ya no sabe que decir, o que se le acabaron los temas. En esta época yo soy bastante activo, la ayudo con preguntas muy abiertas o le pido que profundice más en cierto tema. Estoy consciente de que las dificultades de Juliana no son solamente una forma burda de resistencia al tratamiento, sino que parece que tiene grandes problemas para desenvolverse en general. Este periodo es de sesiones tensas, que se sienten muy largas, en las que hay muchos silencios. Juliana se muestra muy nerviosa, parece que le cuesta tenerme confianza, es hermética.

En este tiempo me relata los problemas en su nacimiento, sobre cómo nació prematura y sobre su estancia en la incubadora. Al relatarme esto pareciera que Juliana se acuerda de todo ello pues lo cuenta con una mirada que indica memoria, recuerdos de hace mucho, recuerdos de la infancia. Estas fantasías de ser prematura le marcarán una primera etapa de su tratamiento. Están relacionadas con su miedo a los exámenes finales del semestre. Pasando por su historia de dificultades en la primaria, en la que tuvo que repetir el cuarto grado,

llegamos hasta la idea de que su condición de bebé prematuro ha hecho que tenga un desarrollo más lento que los demás niños, de ser menos madura de lo que debería ser. Este miedo a los exámenes la paraliza totalmente. Por ejemplo, en un examen oral, a pesar de haber estudiado arduamente durante dos días, fue incapaz de pronunciar una sola palabra. Juliana cuenta con coraje y entre lágrimas como se sintió cuando el maestro saca un papelito y hace una pregunta que recuerda haber estudiado, pero que de repente olvidó la respuesta. Cuenta que se puso tan nerviosa que le temblaba la voz, se le enrojecieron los ojos, como en la primera sesión de su terapia. Yo le pregunto sobre su forma de estudiar. Dice que lo hace leyendo una y otra vez, pero lo que más le funciona es que su novio la ayude, que le explique. A partir de esa asociación Juliana llega hasta el recuerdo que tiene de su padre, sentado junto a ella en la mesa de la cocina, con un pequeño pizarrón verde y gis amarillo explicándole las multiplicaciones y las divisiones. Dice que es la manera en que le gustaba estudiar, y ahora la repite con su novio. Llegando más lejos, encontramos que esta idea de ser asistido por uno de sus padres tiene que ver su fantasía de ser prematura, de como se siente sobre haber tenido que ser asistida por una incubadora durante unas semanas, que eso debió de haberla dañado por dentro, en su cabeza, por eso ahora se le dificultan los exámenes.

Su novio Héctor es el gran tema de la terapia de Juliana, el eje respecto al cual giran todas sus asociaciones. Héctor tiene 25 años en el momento en que Juliana llega. En cada sesión retomará el tema de su novio, al principio sobre su historia de 5 años de relación. Juliana me platica que lo conoció cuando ella estaba aun

en la secundaria. Héctor estaba terminando la preparatoria. Sus primeros encuentros fueron al salir ella de la secundaria, camino a su casa. La diferencia de edad es bastante significativa, sobre todo en la época de Juliana con 14 años y Héctor con 20. Dice Juliana que en realidad llevan 6 años de relación, pero que el primer año no eran novios formalmente, pero salían seguido, dice que eran “amigovios”. Al año de conocerse formalizan su relación. Juliana acude con su padre y le pide permiso para tener novio. Tiene 15 años. Desde entonces están juntos y cuenta Juliana que poco ha cambiado. Héctor la lleva al cine, a cenar, al parque. El paga todo siempre. Le hace regalos de flores y pasteles. Juliana me cuenta que ella es fría con él. Dice que le pega frecuentemente y que le hace berrinches. Que se siente como una niña todavía. Es como si Héctor cuidara de la pequeña Juliana.

Hacia Diciembre de 2010, Juliana empieza a relatar problemas en la relación con Héctor. Este tiene cada vez menos tiempo para ella. Le da excusas para no verlo, a lo que ella responde molestándose y también poniendo pretextos para no ver a Héctor cuando él la busca. Habla de peleas frecuentes y de celos de parte de ella. Cree que está viendo a alguien más. Ya en esta época Juliana puede hacer relación entre la manera en que Héctor la trata con la manera de ser de su padre.

Cada vez se alejan más hasta que en Enero de 2011 Juliana entra al cubículo muy molesta. Apenas se sienta se le ponen rojos los ojos, pero sin derramar una lágrima aun, me dice que ya rompió con él. Dice que le da coraje que Héctor ya no haya tenido tiempo para verla, le recuerda a su padre. Cuenta como su padre es igual, que siempre está en el trabajo y cuando llega a la casa, tarde en la noche,

solo se sube a su cuarto a ver televisión. Y cuando eran niños era lo mismo, nunca estaba y cuando estaba no los atendía, les decía para todo “mañana”. No le gusta no ser la prioridad en sus relaciones con los hombres. Le gusta sentirse atendida y valorada. Aunque ya no son novios, la relación con Héctor se volverá más intensa, pues esta a punto de empezar a elaborar un duelo que le llevará el resto de su tratamiento.

Estos son los primeros cuatro meses del tratamiento de Juliana. Ha aprendido a asociar, ya no necesita de mi ayuda para hablar, aunque las interpretaciones resultan todo un reto para ella, le cuesta mucho entenderlas, me pide frecuentemente que se las repita, o dice que no las entiende, pero al hacerle una interpretación su discurso continúa como si la interpretación hubiera sido captada, aunque ella diga que no la entendió.

Casi al mismo tiempo que termina el noviazgo con Héctor, Juliana se enfrenta a otro cambio. Por razones de horarios, ya no puedo atenderla en la U.S.P., pero le ofrezco seguirla viendo en mi consultorio. Se pone muy nerviosa, dice que no sabe si seguir su tratamiento conmigo, le da miedo salir de la escuela, donde se siente segura. Me pregunta que donde queda mi consultorio, que si el autobús de la universidad la lleva, que si es necesario cruzas avenidas. Cuando le digo que sí, casi es razón suficiente para que ella se niegue a seguir su tratamiento, dice que le da miedo cruzar avenidas. Cuando se asusta, se convierte en una niña pequeña. Queda en decirme la próxima sesión si continuará su tratamiento conmigo.



En la siguiente sesión me dice que si quiere seguir su terapia conmigo. La semana entrante me verá en otro espacio, habla de ello, que le da miedo porque no sabe llegar. Pero la transferencia es más fuerte que su miedo, y como me he vuelto para ella una figura de autoridad, una figura paterna, se siente protegida por su análisis, por lo que lo continuará. Además de que es justo el momento más duro para ella, en el que tiene que acostumbrarse a dejar de ver a Héctor, acostumbrarse a llamarle “exnovio”, lo que le cuesta muchísimo. Lloro casi todas las sesiones. Héctor es prácticamente el único tema del que hablará en este segundo momento de su análisis.

Voy a relatar la viñeta de una sesión del segundo momento del tratamiento. La sesión del 17 de Febrero del 2011 se lleva a cabo en una atmósfera triste, es la segunda vez que viene a mi consultorio. Habla de su amigo Miguel, dice que con él puede platicar sobre Héctor, su ahora exnovio, y dice que se le hace muy difícil llamarlo así. Me cuenta que cuando viene a su terapia come sola en la escuela, que sus amigas se van apenas salen de clases. Le pregunto si las ha invitado a comer con ella, dice que no lo ha hecho porque sabe que tienen cosas que hacer, que ellas sí tienen novio. *“La gente cree que tengo a otro chavo, que porque no me ven triste. Cuando mi hermana cortó con su novio le lloró mucho, se echaba en la cama a llorar toda la tarde y duró así varios días. Ella me pregunta que porque no lloro yo, que si no lo quería. Si lo quería, pero se me hace tonto llorarle tanto. Hasta mi mamá lloró cuando le dije que corté con Héctor. Ella sabe lo que se siente, ella también tuvo un novio por 5 años antes de andar con mi papá”*. Habla sobre el momento en que lo cortó, pero lo cuenta de manera muy confusa, con

muchas lagunas y con varias contradicciones. No me queda claro en este momento quién fue el que cortó a quién. Se lo hago saber, pero no puede contarlo mejor. Me cuenta también que cuando le preguntaron sus compañeros del salón sobre como se siente al cambiar el lugar de su terapia les contestó que mal. *“Me dicen ¿por qué? A poco está feo, pero yo les digo que no, que al contrario, está muy lujoso comparado con la U.S.P., pero yo estaba cómoda en la clínica.”*. Le digo que es difícil desacostumbrarse a algo que tuviste por mucho tiempo. Ella dice que si, *“como a mi novio”*.

Este será el tono del segundo momento en el análisis de Juliana. Durante muchas sesiones a lo largo de aproximadamente un año llorará amargamente la pérdida de Héctor. Al inicio, durante Febrero y Marzo parecía que no aceptaba que su novio se había ido, pues inventaba rumores por Facebook sobre que tenía otro novio, esperando darle celos a Héctor y que regresara. Mantuvo la fantasía por un mes y medio de que mientras ella fuera amiga de Héctor, éste le seguiría dando el trato que le había procurado los últimos cinco años. Una sesión dice *“Ya no quiero ser amiga de Héctor, decidí ya no serlo. Es que no me habla ni por Facebook, se supone que los amigos se hablan entre ellos y se ponen atención pero él no lo hace, así que decidí ya no ser su amiga”*. En estos primeros meses el contacto con Héctor se mantuvo, aunque baste disminuido. Héctor ya no le hablaba, pero Juliana seguía tratando de que él regresara con ella. Salían a veces, y Héctor le decía que no se aferrara a él, que buscara a alguien más, pero Juliana no sabía como interpretar eso, ella creía profundamente que su novio regresaría. Le costó

alrededor de 6 meses aceptar que él ya no volvería, y solamente a raíz de que lo vio con otra mujer.

En estos meses Juliana empieza a llegar muy temprano a sus sesiones, media hora o más antes. Se le ve muy aturdida, su mirada está vacía, llora mucho y tiene problemas de nuevo con los exámenes en la facultad. Su miedo a ellos parece intensificarse, se siente sola. Me dice frecuentemente que le pareció verme en lugares públicos, que le recuerdo a Héctor, o a su padre. Se da cuenta de que lo que busca es que alguien la trate como una niña, como lo hacía Héctor. Entiende que al sentirse sola repite su sentimiento al nacer, de ser inmadura y necesitar de alguien. Extraña como su padre la ayudaba con las tareas cuando Juliana estaba en la primaria.

Vive con mucha culpa la separación de Héctor, siente que fue su culpa que él se fuera. Dice que buscó en otra lo que ella no le daba, refiriéndose a las relaciones sexuales, pero sin poder decirlo. Le toma algunas sesiones incluso poder decir la palabra sexo. Cree que si ella hubiera accedido a tener relaciones con Héctor él no la hubiera dejado. Es un tema muy difícil para ella, dice que en su casa le enseñaron que de esas cosas no se habla, que es algo privado, y sobre todo que es algo que se hace solo hasta después del matrimonio. Todo el tiempo desde el inicio de su tratamiento hasta Febrero de 2011 Juliana aseguró ser virgen.

Durante el mes de Junio de 2011 Juliana establece una relación con un joven de su misma edad, le llamaremos Pedro. Pedro también es estudiante y comparte la historia de fracasos escolares de Juliana. Se conocen a través de una amiga en

común y salen un par de veces. Juliana cuenta de como Pedro es igual de infantil que ella, que es un niño. Para la tercera cita se vuelven novios, la necesidad de reemplazar a Héctor es muy grande. Sin embargo, Héctor sigue siendo el tema principal de las sesiones. Lo sueña con frecuencia y la duda de por qué la abandonó no la deja en paz. Juliana espera darle celos a Héctor ahora que su relación con Pedro es de verdad. Sin embargo, algo anda mal con ésta nueva relación. Juliana habla sobre Pedro en un tomo más de amigos que de novios, se da cuenta de que nunca ha estado enamorada de él. Se ven con muy poca frecuencia y la mayor parte de su contacto es por internet. A los dos meses de un falso noviazgo Juliana termina la relación, lo cual no le costó mucho, pues tenían cerca de un mes de no verse. Posteriormente hablará de la culpa que le provocó el darse cuenta de que solamente uso a Pedro para darle celos a Héctor, de que jugó con él, tiene la fantasía de que le hizo mucho daño.

La relación con su hermana se ha vuelto ríspida. Juliana siente pena por ella porque está enamorada de un hombre mayor, y casado. Los hombres mayores han sido la norma en las relaciones de Juliana y su hermana, Pedro fue una excepción, tanto en edad como en que la relación fue una mentira. Pero el punto de vista de Juliana respecto al enamoramiento de su hermana es contradictorio, le dice que no debería pensar en él, que no tiene caso que solo la distrae. Su hermana le riñe mucho, dice Juliana que su carácter se parece mucho al de su padre, mandona como él, se la pasa diciéndole a Juliana lo que debe hacer en cuanto a tareas del hogar, algo que a Juliana le cae muy mal. Las labores de ama de casa son el enemigo de Juliana, dice que no sabe hacerse de comer ni lavar su

ropa, que eso lo hace su madre, que por lo mismo se siente como una “*chiquilla inútil*”, que así nunca va a encontrar marido.

En el segundo semestre del 2011 Juliana se relaciona con un compañero de su salón. Martín es un hombre mayor que ella por varios años. Se coquetean mutuamente, pero Juliana siente atracción y repulsión al mismo tiempo. Hablan sobre todo por internet, en persona tienen casi nula interacción. Juliana desconfía un poco de Martín, cree que solo la busca para tener relaciones sexuales. Este momento marcara la transición hacia el tercer momento del análisis de Juliana, el momento de enfrentarse a su sexualidad, una parte de ella misma que le provoca mucha desazón.

Con Martín el acercamiento es muy paulatino, si bien ya lo conocía desde el semestre pasado, se comenzaron a hablar gracias a él, pero solo por internet. Juliana se siente atraída hacia él, le recuerda a Héctor. Transcribiré la viñeta del dos de febrero del 2012, momento de transición hacia su tercer momento de análisis.

*“Hoy no tengo de que hablar... Bueno, le volví a hablar a Martín, ¿se acuerda que me enojé con él por lo del trabajo en equipo? Es que no me gusta estar enojada con él, por eso le volví a hablar. No puedo evitar que Martín me guste, me recuerda mucho a Héctor. Estaba platicando con él por el Messenger, solo le hablo por ahí, no sé por qué no le hablo en persona, y me dijo que si nos veíamos el martes, pero yo no podía porque iba a ir con mis amigas a resellar mi credencial y él me dijo que no fuera con ellas. ¡Ha! Como si le fuera a hacer caso. ¿Qué le*

*estaba diciendo? Ah sí, que me recuerda a Héctor. Le dije a Martín que estaba esperando a mi amigo, Pedro, para que vea que también salgo con otros chavos [esto es una mentira, Juliana ya no veía a Pedro en esa época] y no crea que él es el único. Hidalgo me recuerda a mi papá, por el carácter, así es papá. Extraño tener novio, extraño que me abracen, me siento sola y desprotegida sin novio.”*

En la sesión siguiente cuenta Juliana que Martín la invitó a un café, pero en horas de clase. Juliana cuenta esto con mucho coraje, y como yo no entendía el origen de su coraje y la interrogo sobre ello. Ella creía que como era en horas de clase, a las que tendría que faltar y él también, pues están en el mismo salón, todos iban a pensar que se habían ido a tener relaciones sexuales. La sola idea de que los demás pensaran eso provocó que Juliana se enojara con Martín y le dejara de hablar. En esa sesión Juliana se enfrentó por primera vez al conflicto que tiene con su sexualidad. Ella deseaba acostarse con Martín, pero no se podía permitir pensarlo, debía sacar cualquier pensamiento de esa naturaleza de su cabeza. Aun a costa de alejar a una posible pareja.

Este enfrentamiento con su propia sexualidad marca el tercer tiempo del análisis de Juliana, caracterizado por una desenvoltura muy natural en sus asociaciones, ya no le cuesta trabajo hablar. También es más social, sale más con hombres, aunque se hace ilusiones muy rápido sobre ellos. Las preocupaciones escolares han disminuido considerablemente aunque en época de exámenes vuelven los miedos, pero menos intensos. La relación entre los hombres que le atraen y su

padre se vuelve plenamente consciente para Juliana, aunque aún no sabe la razón de que los relacione.

Este tercer momento está marcado también por una resistencia al tratamiento muy fuerte, debido a que aborda frecuentemente el tema de su sexualidad, cosa que le desagrada mucho. Falta frecuentemente a sus sesiones, por lo menos a una de cuatro sesiones. Las revelaciones que se llevan a cabo en este periodo parecen justificar la resistencia que le provoca el análisis. La sesión del 16 de Marzo lo ilustra.

*“Perdón llegue tarde, es que me quede platicando con los del salón y no me di cuenta de la hora. Soñé que Héctor iba a tener a su bebé [Héctor tiene novia desde hace 10 meses, a los 3 meses de comenzar su relación se embaraza] y yo lo tenía que llevar al hospital, bueno, mi mamá y yo. Y que nos peleamos porque él me dejó, yo le reclamaba. Se me hace que aún no lo he olvidado. Y otro día soñé que no me dejaban entrar a su casa, los papas de Héctor, que yo quería entrar a verlo pero no podía. Se me hace que es por eso que hacíamos...”*

Aquí Juliana hace una pausa, no puede decir nada más. Yo le pregunto qué era eso que hacían, y solo responde *“pues ya sabe, eso”*. Le pregunto que si se trata de tener relaciones sexuales. No contesta nada, y prosigue

*“Que bueno que no me entregué completamente, si no hubiera sido yo la que hubiera quedado embarazada. Nunca he podido decir que era eso que Héctor y yo hacíamos, me da mucha pena, nunca se lo he dicho a nadie. Lo voy a decir... no puedo, es que usted me está viendo... no me entregué completamente... mi papá*

*me dijo que cuando una mujer se entrega se le rompe no sé qué cosa... y le sale sangre ¿verdad?... así fue como mi papá supo que mi mamá era virgen... Héctor no me hizo eso... es que no me acuerdo de la palabra... oral creo que se llama. Lo hacíamos en su camioneta, una vez casi nos cachan sus papás, me tuve que esconder en el baño de la casa, es que también lo hacíamos en su casa.”*

Solamente después de un año y medio de tratamiento Juliana admite haber tenido contacto sexual con Héctor. A partir de esto se empiezan a hacer conscientes una serie de fantasías relacionadas con ser madre, con ser ama de casa, con tener un bebé para hacer que Héctor se quede con ella. Estas fantasías la llevan a admitir que sí había tenido relaciones sexuales con Héctor. Descubrir que no era virgen fue un gran shock para ella.

Juliana ha hecho grandes avances en el año y 8 meses que lleva en análisis. Su inhibición para hacer amigos ha disminuido, aunque su familia sigue siendo su principal círculo. Ha salido con más hombres y actualmente está por formalizar una relación con un hombre mayor que ella por algunos años. Su miedo al fracaso escolar solo aparece durante el final de los semestres, pero es momentáneo y controlable, ya no es la angustia avasalladora de cuando llegó a terapia. Su búsqueda por Héctor, o por alguien que lo reemplace no cesa. Cada hombre con el que intenta establecer una relación es comparado con Héctor. Su anhelo por volver a tener novio hace que idealice inmediatamente a la potencial pareja, haciendo que en cuestión de una o dos semanas espere de él todos los tratos de un novio, por lo que al no encontrar eso, acaba por dejar al hombre.



Su resistencia con el tratamiento sigue siendo intensa a pesar de las interpretaciones, parece que estamos por descubrir más secretos. Juliana decidió terminar su terapia cuando su novio le propone matrimonio. Si bien me parece que ella abandona a través de un acting out, no dejo de pensar que la muchacha que se fue es muy distinta de la que llegó buscando algo hace dos años. Tenía ahora más amigos, podía enfrentarse a sus padres en busca de permisos para salir, ya no lloraba todo el tiempo.

#### **4.4-Estructura Subjetiva**

Ahora analizaremos los datos aportados por las viñetas del caso de Juliana con el fin de construir inferencias que nos permitan establecer hipótesis para reconstruir el pasado de Juliana, y así explicar cómo este influye en la vida actual de la paciente. Nuestro supuesto principal es la propuesta freudiana en la que la infancia del sujeto es el momento constructor, estructurador de la subjetividad. Nuestro objetivo es develar ese pasado infantil y reconstruirlo. Así, desde el aquí y ahora del *setting* psicoanalítico podremos deducir el allá y el entonces de la infancia de Juliana.

##### **4.4.1 Contexto familiar**

Uno de los elementos más significativos en la determinación de la estructura subjetiva es el contexto familiar. Este nos aclara las pautas en las que Juliana fue

criada y entender la dinámica que manejó con su familia durante el tiempo que duró su análisis.

Juliana fue criada en una familia de valores conservadores y tradicionales. Sus padres tienen educación básica, por lo que en su familia el estudio y la inteligencia no son valores relativamente apreciados. Sí lo son por el contrario el éxito material y social, entiéndase por esto el tener mucho dinero y casarse “bien”. La condición socioeconómica de la familia pasó de ser de media-alta a media-baja cuando Juliana tenía 6 años. Este dato apareció hacia la mitad del tratamiento de la paciente, en un momento en que el tema principal era el duelo por su primer novio y su decisión de volver a salir con hombres. Juliana cuenta que cuando ella nació su familia vivía en una residencia mucho más grande que su actual casa, en donde tenían un cuarto para cada uno de los hijos. Y que de repente, sin saber la razón, se mudaron a una colonia de casas muy pequeñas y muy alejada del centro de la ciudad. Juliana menciona este dato con un aire de nostalgia y desconcierto. Cuando la interrogué sobre la razón de la mudanza, dijo que no la conocía, y nunca lo había pensado. Era un momento de su vida que no había sido importante, pero que ahora se cubría con un nuevo significado: la añoranza por el pasado, en el que tenía un novio grande y rico, con el que se sentía a sus anchas, y ahora ve su presente en el que tiene que buscar un hombre nuevo, y siente que le han dado gato por liebre, porque los nuevos hombres no le parecen tan buenos como su primer novio. La casa vieja y grande y la nueva pequeña representan a los hombres en su vida.

#### **4.4.2 Figuras significativas**

La figura paterna es una muy imponente para Juliana, alrededor de ella gira la problemática más importante, y se remonta a una escena traumática de su niñez, en la que su padre, encolerizado por alguna razón, estrella el plato en que comía en el piso de la cocina. Uno de los fragmentos del plato salió proyectado hacia donde se encontraba el hermano menor de Juliana, hiriéndolo de gravedad en el brazo izquierdo.

Esta experiencia marcaría el inicio de su papel de víctima sumisa de la violencia de los hombres. El temor hacia su padre es un rasgo muy fuerte del cuadro neurótico de Juliana. Siente que todo el tiempo la está observando, juzgándola.

Su padre es una persona de carácter muy fuerte, impulsiva, frecuentemente reprende a sus hijos con gritos e insultos. Es un hombre muy conservador, le es imposible escuchar una palabra sobre sexualidad sin sentirse ofendido y avergonzado, por lo que ha impuesto la regla de que no hablar sobre ese tema en su casa. Su cuidado por la virginidad de sus hijas es una preocupación constante, llegando a extremos como no dejarlas ir a fiestas en las que podría haber hombres, solo les permite ir a reuniones de mujeres. Por lo que Juliana ha crecido en un ambiente de extrema mojigatería, lo que ha traído graves consecuencias. La sublimación ha tenido que ser llevada a sus extremos para poder descargar su libido, haciendo que actividades tan alejadas de la sexualidad como el estudio deban ser catectizadas con energía libidinal.

El padre de Juliana es un hombre con estudios de preparatoria, y trabaja en un taller mecánico. Pero eso no ha impedido que Juliana se acerque a él para pedirle ayuda con sus tareas. Incluso en la universidad, cuando Juliana no entiende un texto le pide ayuda a su padre. Vemos aquí un ejemplo de la libidinización de la actividad el estudio y como esta se realiza preferentemente con su padre. La posición de Juliana respecto a él también es notable, pues siempre es en situaciones en donde ella necesita de su ayuda, a pesar incluso de tener un nivel escolar superior al del padre.

La relación de Juliana con su padre es de poca comunicación. Entre ellos platican muy poco, pues sus comunicaciones se restringen casi exclusivamente a permisos y favores que le pide Juliana. Ella aprovecha a su padre para llevarla a distintos lugares; a la universidad casi todos los días, a reuniones con sus amigas y de compras. Dice que es porque no se puede mover sola por la ciudad porque es peligroso. Si algún día el padre de Juliana no puede llevarla a algún lado ella se enoja y llora, y con eso casi siempre logra su cometido.

También es fuente de mucho miedo. Juliana recuerda muy seguido esa escena en la que su padre lastima a su hermano entre gritos y regaños. Juliana teme ver a su padre así de nuevo, por lo que evita a toda costa hacer algo que pueda molestarlo, y eso incluye cosas como evitar tocar el tema de la sexualidad, aunque sea tangencialmente. Hablar de embarazos de familiares y amigos es un tema tenso.

Otra figura de gran importancia en la vida de Juliana es su madre. Ella es el modelo a seguir en muchos aspectos, pues Juliana quiere, como ella, dedicarse a

ser ama de casa y cuidar a su familia. Su madre es una mujer muy tradicional, ubicando su rol como jefa del hogar, dejando que su esposo sea el que trabaje, sin importar que el ingreso de él no sea suficiente. Ella aparenta ser sumisa ante el marido, evitando molestarlo y atendiéndolo siempre que se lo pide, pero su relación con él también es de dominación, pues su marido le entrega a ella su sueldo íntegro para que ella lo administre. El marido le pide a ella dinero para sus gastos personales, cediéndole así buena parte del control que hay en casa.

Este dominio ambivalente también funciona como una excusa para que el padre se deslinde de la responsabilidad de manejar el dinero en casa y con sus hijos, así cuando ellos le pidan dinero, los manda con su madre.

Su madre es la persona más importante para Juliana, pues es con la única que puede platicar. A ella le cuenta todo lo que pasó en el día, si está viendo a algún hombre o asuntos de la escuela. Su madre, al contrario de su padre, no la reprime cuando habla de hombres, fomentando la comunicación entre ellas y haciendo una relación de complicidad contra el padre. En esta relación de complicidad puede Juliana sublimar la competencia que vive con su madre.

El intercambio afectivo entre Juliana y sus padres pasa por la atención que ellos le dedican, y por la que Juliana compite ferozmente con sus hermanos. Su hermana mayor es la rival a vencer. Juliana habló mucho de ella durante su tratamiento. Ella tiene una personalidad muy dominante, habla fuerte y no teme pedir lo que desea. Juliana dice que su herma y su padre son iguales.

Juliana se quejó muchas veces sobre los privilegios económicos de los que goza su hermana. Cuando ella quería algo, lo pedía y sus padres por lo general se lo concedían, haciendo que Juliana se sintiera menos querida. La personalidad introvertida de Juliana le impedía reclamar la atención de sus padres de la misma manera que su hermana, quedando así relegada siempre a un segundo lugar.

La forma en que Juliana buscaba la atención de sus padres era haciendo que estos la reprimieran, le negaran permisos y salidas. Juliana buscaba siempre tener un hombre el cual la pretendiera, y con el que pudiera salir. Pero para salir con él primero tenía que pedir permiso a sus padres. Su padre, siendo tan celoso de su hija, por lo general le negaba los permisos, y cuando se los concedía, era bajo la condición de que su hermana los acompañara, quedando así la hermana en un posición en la que se veía obligada a ser observadora de los romances de su hermana, lo que le producía a Juliana un placer que muchas veces se volvía consciente.

En sesión Juliana podía quejarse y burlarse de su hermana, pero no podía hacerlo frente a ella por el miedo que le provocaba. Decía que era una mujer muy gritona y mandona, y le temía por lo que pudiera hacerle, aunque nunca le hizo daño físico. Juliana cuenta que durante la mayor parte de su infancia su hermana se aprovechaba de ella, la ponía a hacer sus deberes y le ordenaba cosas, como pequeños favores. Durante la primer parte del tratamiento de Juliana, ella se quejaba mucho de su hermana, pero hacia el final de su tratamiento, Juliana se vanagloriaba de su cambio de actitud respecto a ella. Decía que ya podía

defenderse, que ya no la mandaba ni le daba órdenes. Había visto en ella misma un cambio de actitud muy importante.

La rivalidad de Juliana con su hermana era la expresión de la rivalidad con su propia madre. Ante un padre distante y violento, Juliana se refugió en su madre, convirtiéndose ella en una figura muy importante, y ante la cual la más pequeña muestra de rivalidad o de sentimientos negativos le provocaba a Juliana una culpa muy intensa. Por lo que esos sentimientos negativos se trasladaron a la figura de su hermana.

La relación con su hermana es la cara violenta y agresiva de la moneda del Edipo de Juliana, siendo la relación con su madre la cara bondadosa. Cuando Juliana nace, su hermana ya tenía dos años y estaba colocada como hija única. Acostumbrada a tener toda la atención de los padres, no temía pedir o exigir lo que quería. Así, cuando Juliana nace, su hermana se ocupó de hacerle notar su superioridad: la trataba mal, le ordena hacer cosas, hacía el esfuerzo por atraer la atención de los padres. Conforme crecían, la manera de hacerla sentir menos era teniendo más posesiones que ella. Así, si Juliana tenía un celular nuevo, ella exigía uno mejor, generalmente con buen éxito.

El nacimiento del hermano menor de Juliana parece que trajo muy pocos cambios en la dinámica familiar. La atención siguió centrada en la hermana mayor y en Juliana. Su hermano comenzó con problemas escolares a muy temprana edad, atrasándose así dos años escolares. Juliana cuenta como fue un niño retraído y

callado, y durante la primera infancia fueron muy cercanos, encontrando compañía uno en el otro, y también refugio contra su terrible hermana mayor.

Pero hacia los 10 años de Juliana y 8 de su hermano ellos se separan. No queda clara la razón. Parece ser que al hermano le sucedió algo que hizo que se volviera más ensimismado: perdió las ganas de salir a jugar, dejó de comer con la familia, dejó de querer salir con ellos. Juliana cuenta que desde muy pequeño decidió quedarse en su cuarto la mayor parte del tiempo, aislándose de sus amigos y familia. Y sigue así hasta hoy.

Como Juliana sentía mucha culpa al enojarse, por dotar de privilegios y atenciones a la hermana mayor, con el objeto de amor que era su madre tuvo que escindir su objeto, para depositar en uno su afecto negativo y en otro su afecto positivo. Así su hermana se convirtió en el objeto negativo por excelencia, facilitado por la situación real en la que su hermana mayor la ve como competidora.

Con su padre la situación de ambivalencia se vivió sin dividir el afecto entre dos figuras. En vez de haber un padre bueno y un padre malo encarnados en figuras reales distintas, estas tenían como representación a la misma persona. ¿Cómo lidia Juliana con la culpígena ambivalencia? Reprimiendo la representación del padre amado y bondadoso, Juliana pudo sobrellevar los primeros años de su infancia teniendo a su madre como figura principal de afecto. Pero ¿qué pasó con el afecto erotizado de su Complejo de Edipo? Es donde entra la cercana relación que tuvo con su hermano menor durante su primera infancia.



Cuando Juliana entra en el complejo de castración tiene como figuras femeninas a dos mujeres que ve como fuertes y agresivas, por un lado a su hermana que la pone a su merced, y su madre que siendo buena también es una mujer fuerte. El padre compensa esa subordinación hacia su esposa con agresividad. La única figura masculina que no le resulta amenazadora a Juliana es su hermano menor, en quién vuelva su libido erotizada. De ahí que la parte más fuertemente reprimida de la primera infancia de Juliana sea la relación con su hermano.

#### **4.4.3 Estructuración edípica**

Durante el trámite del Complejo de Edipo Juliana tuvo 3 figuras centrales, su madre, su padre y su hermano. Si bien su hermano recibió buena parte de la libido erotizada, lo hacía en la medida que Juliana lo identificaba con la figura de su padre, un hombre grande, capaz de darle todo lo que deseara. De ahí que las relaciones con los hombres que Juliana llevó durante su adolescencia y su juventud hayan sido con hombres que le llevaban varios años, y a quienes trataba como padres, haciendo que la proveyeran.

Los hombres de Juliana representaban el modelo de relación de su hermano menor, un hombre a quien no se le tiene miedo, pero identificado con la figura paterna agresiva. Cuando Juliana entra a terapia conmigo, la transferencia se juega según el modelo de la figura de su padre, en la que yo soy un hombre mayor al que se le tiene miedo. Juliana vive las intervenciones e interpretaciones como agresiones de parte del padre, y es incapaz de decirlo por miedo a la represalia,

Juliana temía que si se quejaba y me decía que me tenía miedo, yo dejaría de atenderla, como si le retirara mi amor, que sin embargo se vive de una forma agresiva.

Esto le permitió a Juliana desplazar el miedo respecto a la figura de su padre y tramitarlo en el espacio analítico.

Como evento central en la constitución de la neurosis de Juliana ubicamos el nacimiento de su hermano, rastreando el afecto desde el recuerdo encubridor de su padre encolerizado y agrediendo a su hermano. En ese recuerdo está puesto el afecto agresivo de Juliana, que transfirió a su padre en el recuerdo, donde es él y no ella quien ataca a su hermano. Este evento dejó profundas marcas en la subjetividad de Juliana, empezando por la forma de relacionarse con los hombres, en la que la figura del padre protector idealizado y el padre temible que sirve como defensa contra la pulsión erótica de Juliana marcarán sus futuras relaciones.

#### **4.4.4 Eventos traumáticos**

El evento traumático por el que Juliana llega a consulta está presente durante todo el tratamiento. El abandono de su novio le provocó un vacío de objeto en el cual descargar su libido. La regresión en la que el yo de Juliana buscó defenderse trajo este recuerdo a la consciencia, escondiendo en él el afecto agresivo hacia la figura paterna, depositada en el novio que la había abandonado.

Con los datos que tenemos hasta este momento podemos hacer un pequeño esbozo del perfil subjetivo de Juliana, a fin de tener una perspectiva más completa del sujeto con el que estamos trabajando, y que el análisis del caso pueda ser llevado de una manera más fluida.

Las formas de interacción de Juliana son principalmente de dominio sobre los hombres, llevado a cabo a través de una aparente sumisión ante ellos, apelando a su lástima. Con las mujeres lleva una feroz competencia, por el modelo de la hermana abusiva bajo el que se formaron. El Edipo de Juliana se llevó a cabo de la forma en que el padre es el objeto de deseo y la madre el objeto de identificación, dando así una elección de objeto heterosexual. Los rasgos de carácter más representativos de Juliana son la tristeza, la sumisión, el miedo al mundo. Juliana puede enojarse y decírtelo, solamente si la empujas hasta sus límites. Antes de eso llorará y escapará de cualquier situación amenazante. Con los hombres puede ser muy manipuladora, sobre todo cuando ha tomado ya la suficiente confianza. Entre los recursos con los que cuenta el yo de Juliana está una facilidad para adaptarse a la realidad, más por el miedo a confrontarla, haciendo que Juliana rara vez tenga roces con otras personas, pero a costo de sufrir abusos. Tiene poca tolerancia a la frustración y a la angustia. En cambio el control de impulsos está potenciado bastante. Su capacidad sublimatoria quedó poco desarrollada, haciendo que Juliana no tenga pasatiempos ni intereses profundos. Los mecanismos defensivos que se notan más fácilmente son la regresión y la formación reactiva, así como la escisión del objeto. Su superyó se caracteriza por su extrema severidad, pues la crítica que se la adjudica al padre

parece venir de su propio aparato psíquico, en ocasiones reforzada por la real actuación del padre.

#### **4.5 Construcción de caso. Los momentos de la transferencia de Juliana M.**

En caso de Juliana se inserta dentro de la categoría teórica de la histeria por la particular organización de su psiquismo, en donde la temática edípica ocupa un lugar central, así como las fijaciones orales y fálicas.

El tema de la transferencia nos ocupa porque es el eje que sostiene todos los psicoanálisis, es el terreno mismo en donde se desarrolla la cura analítica, pero también su principal obstáculo. Al analizar los distintos momentos la forma particular de la transferencia de la paciente, podremos observar mejor la problemática trabajada en dichos momentos, las resistencias particulares, los objetos que son los más importantes a nivel de la economía libidinal y también las reacciones de la paciente a las intervenciones del terapeuta.

También podremos observar la particularidad de la transferencia en la histeria de Juliana y las fases del desarrollo psicosexual en que se fijó la libido en el curso de su devenir sujeto del inconsciente.

La construcción del caso se llevará a cabo en 3 momentos principales, divididos en párrafos marcados por el orden cronológico en el que se presentaron.

#### **4.5.1 El trabajo del análisis en el primer momento y la puesta en palabras de la angustia neurótica.**

El proceso analítico de Juliana se llevó a cabo mientras yo cursaba la maestría en psicología clínica psicoanalítica. Me encontraba en 2do semestre. La atendí por primera vez en la clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La primer sesión se llevó a cabo en un cubículo del segundo piso, bastante sucio, incómodo y claustrofóbico, por su cielo falso demasiado bajo y la ausencia de ventanas. Al relatar la primera sesión veremos la importancia de esa sensación de ahogo que producía el primer cubículo.

Al poco tiempo conseguí un cubículo más limpio y amplio, con grandes ventanas de dejaban ver los árboles de la facultad.

A continuación transcribo la viñeta de la primera sesión de Juliana. Las partes en itálica representan el discurso de Juliana como lo escribí en su momento, las demás son mis notas. “Juliana tiene un discurso muy cerrado, se le dificulta mucho articular oraciones, habla con frases cortas y hace muchos silencios. Espera a que yo le pregunte y contesta muy brevemente. *Últimamente he tenido muchas ganas de llorar... porque no he visto a mi novio en dos semanas... porque trabaja por las tardes... por eso no he hecho nada, solo estar en mi casa viendo la televisión. Ni mis hermanos están en la casa en las tarde, ello salen con sus amigos y yo me quedo sola. He estado muy aburrida... no tengo amigos... ya no tengo nada más que decir... ni se a que vengo.* Es el momento para interrogarla precisamente sobre eso, ¿qué la llevó a buscar terapia? *Pues... no sé, para conocerme mejor. Un maestro me dijo que sería bueno que viniera a tomar terapia para conocerme,*

*y se me hizo buena idea.* Le pregunto ¿cómo se hace para conocerse a uno mismo? *Hablando...* un minuto de silencio. *Se me dificulta mucho hacer amigos... desde que entré a la universidad no he hecho uno solo, me la paso toda la mañana sola, sin platicar con nadie.* Le pregunto ¿por qué crees que no has hecho amigos? *Es que cuando estoy con chavos que no conozco no me salen las palabras, no sé qué decir... me quedo callada.* En este momento comienza a llorar. Su llanto la desconcierta. No sabe por qué llora ni puede ponerle palabra alguna. Solo llora. A los pocos minutos comienza a hablar de su novio, dice que lo cela mucho, se queja de que ya no la ve a ella porque sale con sus amigos. Juliana se da cuenta de que sentirse así es un problema. Dice que su mayor miedo es que su novio la deje.”

Esta es la primera sesión de trabajo. Fuera de los datos generales y acordar la siguiente sesión, no pudo decir mucho más. Presentaba mucha angustia, la cual no pudo poner en palabras. Ese sería el primer trabajo que tendríamos que hacer en su tratamiento, trabajar esa angustia para ponerla en palabras poco a poco.

Ese estado de angustia libremente flotante o angustia expectante fue trabajado por Freud en las “*Conferencias de introducción al psicoanálisis*”, en la número 32 (1917) nos dice que esta angustia libre está causada en su mayor parte por una excitación sexual a la que se le ha negado la descarga. Al no poderse descargar, esta libido es descargada a través de la angustia, es decir, en vez de descargarse por la vía del cuerpo y del objeto sexual fantaseado, la libido inunda al yo y es sentida como angustia, con los síntomas que trae consigo, como el llanto o la rabia, es posible que se le permita a la libido descargarse. Freud nos dice también

que una de las formas en que se presenta esta angustia es en forma de fobia a la soledad, como lo manifiesta Juliana. Esta fobia a la soledad, dice Freud, representa la añoranza del niño pequeño por su madre.

Es solamente a partir de la totalidad del trabajo analítico que el análisis de sesiones individuales se vuelve posible. Porque las hipótesis que se nos van ocurriendo para explicar la situación de Juliana en determinado momento del análisis serán comprobadas o refutadas a partir del material del análisis completo. En ese sentido vemos como la mención de la madre en la angustia, o de la descarga sexual interrumpida tienen sentido a partir de que conocemos la historia completa de la paciente.

Ahora voy a citar un párrafo en extenso de la 32va conferencia que ilustra una hipótesis muy interesante y que encaja en la explicación de la situación de Juliana. *“En efecto, hemos indagado recientemente el modo en que se genera la angustia en ciertas fobias que incluimos en la histeria de angustia, y escogimos casos en que se trataba de la represión típica de las mociones de deseo provenientes del complejo de Edipo. De acuerdo con nuestra expectativa, habíamos debido hallar que es la investidura libidinosa del objeto-madre la que se muda en angustia a consecuencia de la represión y entonces, en la expresión sintomática, se presenta como anudada al sustituto del padre.”* (1). Pero no. Freud dice enseguida que no es la represión la que crea la angustia, sino que la angustia ya estaba desde antes y es esta la que provoca la represión. Es la exigencia pulsional del niño por el amor de su madre lo que siente como un peligro interno, del que debe defenderse

resignando el objeto de amor, porque convoca a una situación de peligro externo, que es la castración por parte del padre.

Juliana solamente podrá ir poniéndole palabras a su angustia a medida que puede ir catectizando a otro objeto, al terapeuta, de modo que pueda ir pasando la libido de su novio a un objeto que sienta más seguro. De esta manera, la problemática edípica pasa por el objeto novio-terapeuta.

Otra figura importante que ya aparece en esta primera sesión es su padre, a través de la fugaz mención del maestro que le sugirió tomar terapia, cosa que ella tomó como un mandato.

Podemos ver también como Juliana llega a terapia con un sólido baluarte defensivo: la angustia que tanto la hace sufrir también la protege de lo que esta reprimido. La angustia general que siente Juliana es la angustia señal que poner en funcionamiento el automatismo placer-displacer, provocando que en su pensamiento se pueda descargar un poco de esa moción pulsional reprimida, pero evitando que se lleve a la consciencia. En este sentido, el trabajo con la angustia fue el primer gran objetivo, pero también el primer gran obstáculo para el tratamiento.

A continuación transcribo algunas partes de la sexta sesión de Juliana. “En esta sesión Juliana está comenzando a hablar más fluidamente. Le he explicado ya la forma de trabajar y hemos encuadrado. Habla sobre todo de su novio, quien es varios años mayor que ella y se encuentra en otra etapa de su vida. Él ya ha terminado su carrera universitaria y se enfoca en encontrar un trabajo adecuado.



*Estoy enojada con mi novio, se cambió de trabajo y no me dijo. Lleva ya dos semanas trabajando ahí y apenas ayer me enteré. Ya lo voy a cortar, no tiene caso estar con alguien que no me toma en cuenta en decisiones tan importantes como esa. Le comenté en la noche que lo vi y se enojó, me dijo que le estaba reclamando... Estoy viendo una novela y estoy muy interesada en ella es la de "Novela genérica" ¿la ha visto? Es de una chava muy manipuladora e interesada, que hace sufrir a dos hombres. Uno es muy rico y el otro es pobre, pero le va mejor poco a poco. Se casó con el rico por interesada pero quiere al pobre. Le preguntó ¿por qué te gusta ese personaje? Porque es controladora, es inteligente y sabe que mentiras decir para salir adelante. Después de indicarle el término de la sesión me dice -Te pareces a mi novio, haces los mismos gestos que él-."*

El impulso por buscar controlar al novio es una defensa ante el sentimiento de desvalimiento que sintió Juliana al ver que su novio es una persona independiente, al quedar manifiesto al momento de avisarle que cambió de trabajo. Vemos como la forma de relación es principalmente regida por la posición subjetiva del infante en etapa oral, al identificar al pecho de la madre como objeto malo cuando éste no está o no responde a los llamados del niño. Juliana se siente enojada con él y piensa en dejarlo.

Y la transferencia se lleva en el mismo sentido. Al identificar a la figura del terapeuta con la de su novio, Juliana puede sentirse en control de la situación, previniendo el sentimiento de angustia que tanto la bloquea. Una de las formas en que el control del terapeuta se hacía presente era en el comportamiento de Juliana antes de comenzar la sesión. El segundo cubículo donde la atendí estaba en la

planta baja, para llegar a él era necesario atravesar un largo pasillo y tomar la intersección con el pasillo que comunicaba al cubículo. Juliana siempre esperaba su sesión recargada en la pared frente a la intersección de los dos pasillos, en vez de hacerlo en la sala de espera de la clínica. Esto fue interpretado en sesión como una manera de controlar al terapeuta, de saber si llegaba a tiempo y por donde llegaba.

Durante esta primera fase del tratamiento, que dura aproximadamente 5 meses, Juliana construyó una relación analítica conmigo que le permitió controlar la angustia expectante que la incomodaba, al tener ahora un espacio y un objeto que sentía suyos, a los que podía controlar. Sus síntomas mejoraron significativamente: ya no lloraba tanto, había hecho algunos amigos en la escuela y podía salir con ellos de vez en cuando.

Juliana abandonó a su novio hacía el 5to mes de su análisis, este fue el momento traumático que desencadenó el segundo momento de la transferencia.

#### **4.5.2 Segundo momento. El cambio de lugar de Juliana. Del abandono al reencuentro.**

El tratamiento de Juliana sufrió dos momentos importantes hacia el mes de Febrero. El primero de ellos fue que dejé de atenderla en la clínica de la Facultad de Psicología.

Le comento sobre el cambio de lugar del tratamiento, que será dentro de dos semanas y en mi consultorio, a pocas cuadras de la universidad. Le provoca mucha angustia y se defiende ella con una regresión: *No sé si podré ir a su consultorio... no sé dónde queda... ¿el camión de la universidad me puede llevar?... ¿hay que cruzar avenidas?... me da miedo cruzar avenidas... tengo que pensarlo, le aviso la próxima sesión.*

Vemos como una situación de cambio, en la que debe enfrentarse a una situación desconocida, le provoca angustia y reacciona con una regresión. Juliana se comportó como una niña pequeña, a la cual un adulto debe ayudar a cruzar la calle. Era la Juliana de 6 años, la que tenía a su padre para que le ayudara a hacer la tarea de la escuela. En este momento la transferencia se empieza a perfilar de otra manera, ya no como el hombre-objeto al que controla para sentirse segura, sino como el padre protector de la infancia. La polaridad de la relación se invierte, y en vez de ser ella quien en la fantasía controla al padre, toma ella el papel pasivo en el que el padre es omnipotente y cuida de ella. El nuevo consultorio, ubicado en otro lugar y mucho más bonito que el austero cubículo de la escuela donde atendí a Juliana cambia la configuración de la relación transferencial que se estaba construyendo hasta entonces. De etapa fálica a etapa oral.

Este incidente del cambio de la sesión no fue lo único que le provocó esa regresión. Juliana estaba próxima a hacer otro movimiento importante, esta vez elegido por ella misma.

A la sesión siguiente. Juliana empieza diciendo *“ya corté a Héctor. ¿Se puede usted sentar en la otra silla?”*. En el cubículo de la clínica había tres sillas, y estaban acomodadas de modo que dos quedaran una junto a la otra en un extremo del cubículo y una sola en el otro extremo. Yo me sentaba donde había dos sillas, tomando la más alejada respecto a la silla del paciente. Juliana me pidió que me sentara más cerca. *“Me siento muy enojada y triste. Él ya no tenía tiempo para mí, siempre con sus amigos y su trabajo, me dejaba para el último, siempre era mañana y mañana. Me recuerda a mi papá, así es él. Me choca no ser la prioridad... Antier fui a comprar el regalo para un primito que cumple años y lo vi a usted en la tienda. ¿También estaba comprando un regalo?”*. Su sentimiento consciente de ser abandonada provoca en la transferencia una modificación similar a una formación reactiva. El padre que abandona de la realidad, en la forma de su novio, es combatido con la ayuda del padre protector de la infancia. Al pedirme que me sentara más cerca de ella, era la manifestación del deseo infantil de estar cerca de su madre, la sensación de seguridad y completud de la etapa oral.

La sesión siguiente describe el talante de Juliana a partir de entonces. *“Estaba platicando con mi compañero Marcos sobre Héctor, mi exnovio, se me hace muy raro decirle así. Después de 5 años que fuimos novios ahora ya no lo es. No me gusta venir a sesión aquí... me quedo sola en la escuela casi dos horas y tengo que comer ahí... sola”*. Le pregunto si ha invitado a alguna amiga a comer con ella. *“No, porque sé que van a decirme que no, porque tienen cosas que hacer, como ir con sus novios. No me he puesto triste en público, no quiero que me vean*

*mal, aunque he llorado mucho. La gente piensa que tengo a otro chavo, porque no me ven mal. Cuando mi hermana cortó con su novio ella lloró mucho, yo le decía que no llorara, que es tonto, no gana nada. Mi mamá me contó que cuando andaba con otro chavo, antes de mi papá, y cortaron también lloró mucho. Me preguntaron cómo me sentía al cambiar de lugar de mi terapia. Les dije que mal. Me dijeron que si era porque el consultorio está feo, pero no, es al contrario, está muy bonito, demasiado. Me sentía cómoda en la clínica”.*

La resistencia transferencial se pone ahora en el plano principal. El tema del cambio de consultorio le sirve para no hablar de la otra ruptura, la ruptura con su novio. Para defenderse del vacío que siente al comenzar el duelo por su novio, construye una defensa en la que fantasea con tener a otro, donde el otro es el propio terapeuta en la transferencia, y donde el nuevo consultorio es la imagen del padre grande y ostentoso capaz de protegerla. Llama la atención que Juliana se presente sin llorar durante los primeros dos meses después de la ruptura. Pareciera que no fue traumática. Pero algunos actos hablan del duelo y del autocastigo que se ha impuesto. Su costumbre de comer sola permaneció todo el tiempo que duró el duelo por su novio, aproximadamente año y medio. Era un sacrificio o un castigo por haber perdido a su novio.

Lo central en este segundo momento es el movimiento de la posición subjetiva de Juliana. Al comienzo del análisis, la transferencia estaba configurada según la etapa fálica, en donde ella pone al objeto en una posición de dominación, o de vigilancia. En esa primera etapa se puede ver claramente la identificación con la madre, al emular la forma en que ella controla al padre de Juliana, pero desde una

postura de aparente pasividad. Así, ella desde la apariencia de pasividad, vigila a su novio y me vigila a mí, por ejemplo cuando llega demasiado temprano a consulta.

A partir de la ruptura con el novio, la regresión se apodera del espacio transferencial, motivando un cambio hacia la etapa oral. Ahora Juliana llorará amargamente cada sesión, lamentándose haber perdido a su novio y luchando contra su compulsión a buscarlo en la figura de otros dos hombres con los que llegó a salir. Le llorará a su madre en busca de consuelo, en la forma del terapeuta que siempre está ahí, a la misma hora y en el mismo lugar. El objeto de amor de la primera infancia es buscado y encontrado, al menos en la fantasía transferencial.

Freud dice, en "*Sobre la sexualidad femenina*" (1931) que el extrañamiento respecto de la madre se lleva a cabo bajo claros signos de hostilidad, y que en el curso de la vida de una mujer puede haber regresiones a la ligazón con su madre a consecuencia de una desilusión con el padre, en este caso al ser abandonada por su novio, o cambiar repetidas veces de una actitud de odio a la madre a otra de amor por ella.

En este segundo momento se me impone una idea que solo se pudo trabajar plenamente en el tercer momento del análisis, y es el tema de la sexualidad de Juliana. Ella jamás tocaba el tema, y la única vez que lo mencionó, dijo que era virgen, que nunca había tenido relaciones sexuales de ningún tipo con su ahora ex novio. Sin embargo Juliana sentía mucha culpa, culpa que yo no me explicaba hasta que viene el tercer periodo.

### **4.5.3 Al encuentro de la sexualidad. El tercer momento.**

La represión del deseo sexual en la histeria es un producto los avatares del complejo de Edipo. La niña, al sentirse perjudicada por no tener pene, culpa a su madre por hacerla así, y voltea a ver al padre en busca de un objeto sexual. Desea a su vez ser vista por el padre. Desea, a cambio del pene, tener un hijo del padre.

Y el deseo a ser deseada es lo que dará forma a la personalidad de Juliana. Una posición pasiva en la que asumir el rol activo está prohibido. Y el rol activo implica el hecho mismo de desear, entonces hablar del propio deseo es vergonzoso, es motivo de culpa. Se remonta a la represión de la sexualidad infantil que el mundo adulto motiva en el niño, al reprenderlo cuando lo descubre explorando su cuerpo o al masturbarse.

La actividad de controlar al objeto, lo que hacía Juliana con su novio y como lo hacía en la transferencia, era ya directamente una manifestación de su sexualidad, pero disfrazada, una sublimación. Pero el espacio analítico, son sus reglas de decirlo todo por parte del paciente, y el mandato a interpretar que el método ordena al terapeuta, hacen que este disfraz se caiga tarde o temprano.

Al confrontar a Juliana con los huecos en la historia que relata, se ve obligada a poner en palabras eso que tanto la angustiaba y la culpabilizaba.

Una sesión de un par de meses antes de que interrumpiera su tratamiento, en la que llega tarde a sesión, cosa que no había hecho nunca. *“Perdón, llegué tarde. Es que me quedé platicando con mis amigos de la facultad y no me di cuenta de la hora. Soñé que mi ex novio iba a tener un bebé, pero con otra mujer, su novia actual. Yo lo tenía que llevar al hospital, bueno, mi mamá y yo. Y que en el camino nos peleábamos porque él me dejó, yo le reclamaba. Se me hace que aún no lo he olvidado. Otro día soñé que sus papás no me dejaban entrar a su casa, que yo quería entrar a verlo pero no podía. Se me hace que es por eso que hacíamos...”*. Juliana ya no quiere continuar su relato, yo le inquiero sobre eso que hacían, pero no obtengo respuesta. Entonces me aventuro a adivinar y le pregunto directamente si eran relaciones sexuales. *“Bueno, no me entregué completamente, si no hubiera sido yo la embarazada”*. Le señalo que nunca ha dicho si su novio y ella tenían algún tipo de relaciones sexuales. *“Porque me da pena, nunca se lo he dicho a nadie... me da mucha pena...”*. Juliana se pone cada vez más nerviosa, se tapa la cara con un cojín, se esconde. *“Bueno, lo voy a decir, pero no me voltee a ver... no me entregué completamente... mi papá me dijo que cuando una mujer se entrega se le rompe no sé qué cosa... y le sale sangre ¿verdad? Así fue como él supo que mi mamá era virgen. Entonces Héctor y yo lo hicimos... como se dice... no me acuerdo... oral... creo. Lo hacíamos en su camioneta, una vez casi nos cachan sus papás, me tuve que esconder en el baño”*.

La sexualidad pasa a primer plano ahora. La transferencia ahora se juega según la figura del padre que castra, que prohíbe el deseo. Pero que también lo provoca.



Hablar de su sexualidad en el consultorio del analista es como si lo hablara con su propio padre: siente vergüenza, teme ser regañada, quisiera esconderse. Pero al mismo tiempo es excitante, se siente bien poder descargar eso que trajo guardado tanto tiempo, pero también se siente bien tentar al otro. Juliana fantasea con que el padre la deseará, y entonces prosigue con su relato a pesar de la pena, y sin necesidad de que yo le insista, como lo hacía regularmente cuando ella se rehusaba a decir lo que acababa de pensar.

En su artículo titulado “La sexualidad femenina” (1931), dice Freud que la relación originaria de la mujer con la madre está en estrecha relación con la etiología de la histeria y también con la feminidad.

La vida sexual de la mujer se divide en dos fases, una primera fase de carácter masculino, y la de carácter femenino. De esta segunda fase se desprenden tres orientaciones: la primera lleva al universal extrañamiento respecto de la sexualidad, luego de descubrir que su órgano sexual es inferior, está dañando, la niña suspende toda actividad sexual. La segunda orientación, llamada complejo de masculinidad, en la que la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas tardías, y puede derivar en una elección de objeto homosexual, dada la identificación con el padre que en esta organización persiste. La tercera orientación desemboca en la feminidad definitiva, que toma al padre como objeto, al que se le pide un hijo que la compense por la falta de pene.

Al abordar la sexualidad como algo propio, sí que provoca vergüenza, pero también placer, Juliana va apropiándose de aquella parte de sí misma que renegaba hasta las últimas consecuencias.

Durante este tercer periodo del análisis de Juliana encontró a otro hombre que llenaba el vacío que dejó Héctor. Cuando empieza la relación con esta nueva pareja, la transferencia de la figura del padre que prohíbe se acentuó, escindiéndose. Ahora su novio tenía la figura del padre protector, y su padre real y yo éramos los padres castradores, que le prohíben estar a solas con su nuevo novio.

Transcribiré una de las últimas sesiones de Juliana. Llega 10 minutos tarde, cosa que se había vuelto más frecuente en los últimos 3 meses. Al ver que no llega, a los 10 minutos salgo del consultorio y la veo en la puerta de la sala de espera, intentando abrirla, sin éxito. Cruzo la sala de espera para abrirla, no tenía seguro. Ya dentro del consultorio: *“No podía abrirla. ¿Cuánto voy a pagar?”* Me pregunta porque no podrá asistir a una de las sesiones de la próxima semana. Le recuerdo que debe cubrir los honorarios de sus sesiones, asista o no. Me paga las dos sesiones. Juliana habla rápido y fuerte: *“Fui a una fiesta en casa de mi amiga L. Me la pasé muy bien, me dormí hasta las seis de la mañana. Había puras chavas y un chavo gay. ¡Y tomé! Me tomé dos cervezas y un tequila. Me la pasé bien padre. Cuando llegué a la casa en la mañana, mi papá me preguntó si tomé, y yo le dije que sí. Es más. Antes de ir a la fiesta le dije a mi papa: papá, voy a ir a una fiesta en casa de L., me voy a quedar a dormir ahí. No le pedí permiso, le avisé”.* Le preguntó que por qué trae tanta pila. *“No sé, ha de ser el alcohol.”*

Juliana tiene una actitud con su padre muy diferente. Ella era tímida, temía pedirle permisos y ni hablar de beber cerveza. Ahora parece orgullosa de hacer esas cosas que él le prohibía. Es la misma provocación que lleva a cabo al llegar tarde a su sesión o preguntar si tiene que pagar sus sesiones. Este cambio en su actitud respecto a sus padres llevó a Juliana a sentirse muy orgullosa y poderosa. Ahora las figuras temibles eran mortales, se les podía enfrentar con éxito.

El yo de Juliana se llenó de libido narcisista. Su confianza en sí misma subió mucho y esto la llevó a tomar decisiones apresuradas.

Pocas sesiones después de la sesión de la fiesta, Juliana me avisa que se va a casar. *“Mi novio me pidió matrimonio, y le dije que sí... al fin podré salirme de mi casa y poner la mía. Ya quiero decorar mi sala y mi cocina. A lo mejor me espero a terminar la escuela para mudarme.”*. Le señalo lo precipitado de casarse con un hombre a quien conoce de meses solamente.

A las pocas sesiones después Juliana deja de ir a análisis. El abandono de su tratamiento se puede interpretar como un reto al padre prohibidor en que me había convertido.

Las conclusiones a las que puedo llegar con el desarrollo del caso clínico me permiten confirmar la validez del aparato teórico psicoanalítico freudiano, como lo vimos en el desarrollo de las sesiones y las interpretaciones realizadas. Ahora pasaremos a la discusión de las conclusiones.

## Referencias

1.- Freud, Sigmund. "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis". 1933. Obras Completas, Tomo XXII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. Pag. 79. (2006)

## **CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

### **5.1 Síntesis de la intervención clínica**

Juliana M. llegó a mi consulta como una muchacha muy introvertida, un poco depresiva, con actitudes muy infantiles y sobre todo una dificultad para establecer relaciones muy importante. Se le dificultaba hacer amigos y tenía problemas en la escuela.

A lo largo de primer periodo, su logro principal fue lograr establecer una relación analítica. Implicaba confiar en que el analista estaría ahí y escucharía, y también poder producir un discurso que le permitiera al analista hacer su trabajo.

Su padre, su madre, su novio, su hermana, las figuras en torno a las que gira toda la vida y preocupaciones de Juliana. Siendo una “mujer de casa”, como ella misma se llamaba”, el mundo laboral y académico estaban fuera de su universo discursivo, y solo venían a cuento cuando alguna figura autoritaria la trataba como su padre.

La transferencia de la etapa fálica se convirtió en una transferencia de la etapa oral, empujada por una regresión a causa de la ruptura con su novio de 5 años. Etapa larga y difícil para Juliana, con sesiones llenas de amargas lágrimas y mucho dolor. La culpa por haber perdido a su novio era muy grande.

El darse cuenta como hacía que si novio se sintiera perseguido no ayudó mucho con el sentimiento de culpa. En este momento no sabía si las interpretaciones ayudaban o empeoraban su estado. El cambio de consultorio se dio justo al inicio

de este periodo. El nuevo espacio la angustió al principio, pero luego sirvió como representación de la madre protectora y se volvió un lugar en el que Juliana podía descargar toda su tristeza sin ser destruida por ella, ni destruir tampoco a la madre-terapeuta.

La transición hacia la tercera etapa fue paulatina, a fuerza de sesiones de trabajo y duras interpretaciones. Un tema inaugura este tercer momento, es cuando la sexualidad no puede quedarse más tiempo escondida. Juliana se da cuenta, más no lo dice. Es hasta que toma coraje y se hace cargo de lo que le toca que ella puede tomar su sexualidad y hablarla. En parte porque le duele esconderla y en parte para seducir al analista-padre.

La transferencia vuelve a ser fálica, pero ahora es activa. Juliana seduce con su discurso, con su aparente nueva independencia, con su gallardía. Pero ese plus de libido narcisista traería un costo. Un acto en el que abandona su tratamiento.

Pero Juliana cambió durante su tratamiento. El análisis avanzó lo suficiente como para operar un cambio en la posición subjetiva de Juliana. Ya no más la falsa organización fálica defensiva, sino una organización fálica activa, en donde se puede hacer cargo de su deseo. Si bien quedó mucho por trabajar y su análisis no se puede considerar terminado, sí hay un cambio cualitativo.

## 5.2 Discusión y conclusiones personales.

Me parece justo hablar también de la situación del terapeuta en cuestión. Me hallaba yo en el primer semestre de la Maestría en Psicología Clínica Psicoanalítica, recién egresado de la licenciatura en psicología. Tenía 2 años estudiando psicoanálisis en seminarios y grupos de estudio. Tenía apenas un año y medio de haber comenzado a atender pacientes en la misma clínica de la UANL, y como buen principiante, me inundaban las preguntas y la angustia con cada nueva entrevista.

Con las primeras sesiones de Juliana me preguntaba, ¿qué va a pasar si mi paciente está tan nerviosa que no puede hablar? ¿Cómo hacer para establecer una relación en la que la paciente pueda desplegar su discurso, si precisamente su síntoma es una inhibición para establecer relaciones fuera de su círculo familiar? ¿Cómo se refleja esa relación que vamos construyendo con su historia familiar? ¿Qué papel juega el silencio en su discurso?

Pero como el laudero que debe esperar al momento indicado para trabajar en cada uno de sus instrumentos, el psicoanalista debe esperar a que el paciente le muestre su mundo interno, amparado bajo su pareja escucha. Eso es algo que el laudero y el psicoanalista comparten, y que me ha costado mucho ir aprendiendo: *la paciencia infinita.*

Yo entiendo la transferencia como la escenificación que hace el paciente de sus relaciones más tempranas en la figura del psicoanalista dentro del dispositivo analítico. Y como buen principiante, el manejo de esa obra teatral me resultaba de

lo más enigmático. ¿Cómo mantener, cómo respetar, cómo sostener la posición de psicoanalista ante la transferencia del paciente? ¿Cómo saber evadir al toro cuando carga contra uno? Y es más, ¿cómo reconocer la transferencia cuando se presenta ante uno?

Entre las preguntas que me hacía constantemente se encuentra la de ¿cómo poder darme cuenta del juego de posiciones en que me ponía Juliana? Si la experiencia es imprescindible para llevar a buen puerto el manejo de la transferencia ¿qué podía hacer yo en el inicio de mi formación?

Cuando el estudiante emprende la formación de psicoanalista, como uno de los tres pilares de su formación, deberá acudir con un psicoanalista con experiencia a supervisar sus casos. Solamente pude comprender el juego de lugares de Juliana a través de la escucha de mis supervisores. Escuchar en el nivel del inconsciente no es algo con lo que se nazca, es una capacidad que debe ser enseñada, aprendida por el alumno y ejercitada.

Pero el beneficio de la supervisión es también doble. La angustia que yo sentía cuando no comprendía a Juliana era contenida por mi supervisor. Con sus palabras me brindaba la confianza necesaria para volver al ruedo sesión tras sesión. La angustia del analista principiante también debe ser puesta en palabras, tanto en su propio análisis como en sus supervisiones. Una angustia ignorada puede llevar fácilmente a errar el camino.

Y es que ese es el enemigo más grande con que me he encontrado. Mi propia angustia cuando no entiendo a un paciente, cuando me sorprende y no sé cómo



reaccionar, cuando no sé qué decir. Pero una estricta disciplina y un gran respeto por los fundamentos de la formación del psicoanalista me han sostenido en estos agotadores años.

Ahora que hago esta observación, a dos años de distancia de esas primeras sesiones, es mucho lo que me parece que he cambiado. Esas horas recostado en el diván, viviendo lo intransmisible del psicoanálisis, la experiencia del inconsciente. Esas horas sentado en el sillón escuchando atentamente a mis pacientes. Las temibles sesiones de supervisión con los viejos lobos de mar. Las incontables horas de lectura, las sesiones de trabajo grupal, los seminarios, las clases.

La maestría me brindó el encuadre institucional en el que los tres pilares de la formación se pudieron dar al mismo tiempo. Las clases, la supervisión y los seminarios son difíciles de conjuntar, pero el espacio de la institución de la Maestría me puso en el camino correcto. Camino que ahora que he terminado los cursos de la maestría, continúo por mi cuenta en este interminable camino del aprendizaje en el psicoanálisis.

## Bibliografía.

Freud, Sigmund y Breuer, Josef. *“Estudios sobre la histeria”*. 1893. Obras Completas, Tomo II. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“Proyecto de psicología..”* 1894 (1950). Obras Completas, Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“Las neuropsicosis de defensa (ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)”*. 1894. Obras Completas, Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”*. 1896. Obras Completas, Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“La sexualidad en la etiología de las neurosis”*. 1898. Obras Completas, Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“La interpretación de los sueños”*. 1900. Obras Completas, Tomo IV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“Psicopatología de la vida cotidiana”*. 1901. Obras Completas, Tomo VI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. *“Fragmento de análisis de un caso de histeria”*. 1905. Obras Completas, Tomo VII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Tres ensayos de teoría sexual*”. 1905. Obras Completas, Tomo VII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Carácter y erotismo anal*”. 1908. Obras Completas, Tomo IX. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Análisis de la fobia de un niño de cinco años*”. 1909. Obras Completas, Tomo X. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Sobre la dinámica de la transferencia*”. 1912. Obras Completas, Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Introducción del narcisismo*”. 1914. Obras Completas, Tomo XIV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Pulsiones y destinos de pulsión*”. 1915. Obras Completas, Tomo XIV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*La represión*”. 1915. Obras Completas, Tomo XIV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Lo inconsciente*”. 1915. Obras Completas, Tomo XIV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Conferencias de introducción al psicoanálisis*”. 1916-1917. Obras Completas, Tomo XV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Más allá del principio del placer*”. 1920. Obras Completas, Tomo XVIII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*El yo y el ello*”. 1923. Obras Completas, Tomo XIX. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*El problema económico del masoquismo*”. 1924. Obras Completas, Tomo XIX. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Inhibición, síntoma y angustia*”. 1925. Obras Completas, Tomo XX. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Sobre la sexualidad femenina.*”. 1931. Obras Completas, Tomo XXI. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*”. 1933. Obras Completas, Tomo XXII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Freud, Sigmund. “*Esquema del psicoanálisis*”. 1939. Obras Completas, Tomo XXIII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. (2006)

Laplanche, Jean y J-B. Pontalis. “Diccionario de psicoanálisis”. 1971. Editorial Labor. Barcelona, España.