



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA SEXUALIDAD Y EL SÍNTOMA
HISTÉRICO**

**(ESTUDIO REALIZADO EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”
DE LA CIUDAD DE CUENCA)**

**Tesis Previa a la obtención del Título
de Psicóloga Clínica**

Director: Mgst. Gerardo Peña Castro

Autora: Nora Delgado Moreno

**Cuenca-Ecuador
2009-2010**

DEDICATORIA

A todas las personas que con sus vivencias me dieron la oportunidad de ampliar mis conocimientos y, de alguna manera, llegar a sus vidas, para que crean en la ayuda que les brinda la Psicología Clínica que, con el tratamiento psicoterapéutico, promete recuperación y ofrece un camino en el que es importante decidirse a dejar atrás las viejas costumbres, los malos recuerdos y desarrollar su capacidad de afrontamiento a los problemas, para no quedarse atrapados en el tiempo y se decidan a seguir adelante. Hay la oportunidad de descubrir una verdadera fuerza y utilizarla para tener acceso a lo que todo ser humano tiene derecho y poseerlo: la capacidad de amar, de trabajo y de goce.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios que, con su infinito amor e inmensa energía, hizo que las cosas y situaciones fluyan adecuadamente para ver cumplido un sueño más de los que me he planteado en mi vida.

A Hugo, mi esposo, María Elisa y Hugo Andrés, mis hijos, por quienes he luchado siempre con mucho amor y desprendimiento, gracias, por su paciencia y comprensión durante todos los años de mi carrera puesto que todo ese tiempo fue nuestro tiempo, pero que fue necesario tomarlo para poder llevar a cabo mi estudio.

A mis padres, que me enseñaron que uno debe luchar en la vida con amor, esfuerzo y constancia y hacer lo que esté en nuestras manos con mucho criterio para tener la satisfacción de ver cumplidos nuestros objetivos.

A Linda Delgado, mi hermana, por su ayuda incondicional durante toda mi carrera.

A Betty Mejía Moscoso, mi correctora, quien me brindó su apoyo con verdadera entrega y paciencia.

Vaya mi agradecimiento para todos mis amigos que, de alguna manera, estuvieron como ángeles, en el momento y sitio adecuados.

Mis estudios y la elaboración de esta tesis han sido posibles gracias al apoyo de varias instituciones, a quienes expreso mi profunda gratitud.

Al I.E.C.E. (Instituto Ecuatoriano de Crédito y Becas), por su apoyo a la educación.

A la Universidad del Azuay, por el estímulo del Departamento de Bienestar Estudiantil, a través de su Programa de Becas.

Al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, “José Carrasco Arteaga”, que facilitó la realización de mis prácticas pre-profesionales en el Departamento de Psicología Clínica y en el área de hospitalización.

A los profesionales que me apoyaron y, sobre todo, al Director de la Tesis, Mgst. Gerardo Peña Castro.

Y a los pacientes que son el eje fundamental en el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
LA SEXUALIDAD	3
1.1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.2. LA PULSIÓN.....	4
1.3. EL INSTINTO.....	6
1.3.1. DIFERENCIAS ENTRE PULSIÓN E INSTINTO	8
1.4. LA LÍBIDO.....	9
1.5. PPRINCIPIO DEL PLACER.....	10
1.6. ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL.....	11
1.6.1. FASE ORAL.....	11
1.6.2. FASE ANAL.....	12
1.6.3. FASE FÁLICA.....	13
1.6.4. EL COMPLEJO DE EDIPO.....	14
1.6.5. PERÍODO DE LATENCIA.....	16
1.6.6. FASE GENITAL.....	16
1.7. INSTANCIAS PSÍQUICAS.....	17
1.7.1. PRIMERA TÓPICA.....	17
1.7.1.1. EL INCONSCIENTE.....	17
1.7.1.2. EL CONSCIENTE.....	18
1.7.1.3. EL PRECONSCENTE.....	18
1.7.2. SEGUNDA TÓPICA.....	19
1.7.2.1. EL ELLO.....	19
1.7.2.2. EL YO.....	19
1.7.2.3. EL SUPERYÓ.....	19
1.8. CONCLUSIÓN.....	20
CAPÍTULO 2	
LA HISTERIA	21
2.1. INTRODUCCIÓN.....	21

2.2.	GENERALIDADES.....	21
2.3.	LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.....	22
2.4.	DEFINICIONES DE HISTERIA.....	23
2.5.	LA HISTERIA.....	25
2.6.	ESTUDIOS SOBRE HISTERIA.....	27
2.6.1.	EL RECUERDO.....	27
2.6.2.	LA HIPNOSIS.....	28
2.6.3.	DOBLE CONCIENCIA.....	28
2.6.4.	LOS ATAQUES HISTÉRICOS	29
2.6.5.	EL MÉTODO PSICOTERAPÉUTICO.....	31
2.7.	EL MECANISMO PSÍQUICO DE LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS.....	31
2.8.	LA COMPULSIÓN HISTÉRICA.....	33
2.8.1.	GÉNESIS DE LA COMPULSIÓN HISTÉRICA.....	34
2.9.	LA DEFENSA PATOLÓGICA.....	34
2.10.	LA PRIMERA MENTIRA DEL HISTÉRICO.....	36
2.10.1.	CONDICIONES DETERMINANTES DE LA PRIMERA MENTIRA HISTÉRICA	37
2.11.	ETIOLOGÍA DE LA HISTERIA.....	38
2.11.1.	VIDA SEXUAL Y LA HISTRIA	41
2.11.2.	ETIOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA HISTERIA.....	41
2.12.	TRASTORNOS SOMATOMORFOS.....	44
2.13.	CONCLUSIONES.....	45

CAPÍTULO 3

LA PSICOTERAPIA.....47

3.1.	INTRODUCCIÓN.....	47
3.2.	CONCEPTOS DE PSICOTERAPIA.....	47
3.3.	LA PSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO POR EL ESPÍRITU.....	48
3.4.	PSICOTERAPIA DE LA HISTERIAI: MÉTODO PSICOANALÍTICO.....	51
3.4.1.	ORIGEN DEL PASICOANÁLISIS.....	53
3.4.2.	EL MÉTODO PSICOANALÍTICO DE FREUD.....	54
3.4.2.1.	EL PRINCIPIO DE LAS ASOCIACIONES LIBRES.....	56
3.4.2.2.	LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS Y SU PROCESO ONÍRICO.....	56
3.4.2.3.	LA TRANSFERENCIA.....	59
3.5.	RESUMEN SOBRE LA PSICOTERAPIA EN GENERAL.....	60
3.6.	CONCLUSIONES.....	62

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DE CASOS DE PACIENTES HISTÉRICAS.....63

4.1. INTRODUCCIÓN.....	63
4.2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO.....	64
4.3. CUADRO ESTADÍSTICO DE DIAGNÓSTICOS EN EL IESS, DURANTE EL PERÍODO 2007-2008.....	65
4.3.1. CASOS DE HISTERIA (Trastornos de somatomorfos).....	66
4.4. ESTUDIO DE CINCO CASOS DE PACIENTES HISTÉRICAS.....	66
4.4.1. CASO “MARÍA”.....	67
4.4.1.1. HISTORIA CLÍNICA.....	67
4.4.1.1.1. DATOS DE FILLIACIÓN.....	67
4.4.1.1.2. MOTIVO DE INGRESO.....	67
4.4.1.1.3. PROBLEMA VITAL.....	67
4.4.1.1.4. ANTECEDENTES.....	67
4.4.1.1.5. RESEÑA DE LA HOSPITALIZACIÓN.....	68
4.4.1.1.6. ESTRUCTURA FAMILIAR.....	68
4.4.1.1.7. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	69
4.4.1.1.8. RECOMENDACIONES.....	69
4.4.1.1.9. EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS.....	69
4.4.1.1.10. INTERCONSULTAS.....	69
4.4.1.1.11. BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS.....	69
4.4.1.1.12. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TESTS. DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	70
4.4.1.1.12.1. DIBUJO LIBRE.....	70
4.4.1.1.12.2. TERAPIA DE JUEGO.....	70
- Plastilina.....	70
- Muñecos anatómicos.....	71
- Collage.....	71
4.4.1.1.12.3. H.T.P.....	72
4.4.1.1.12.4. TEST DE LA FAMILIA.....	72
4.4.1.1.12.5. TEST DE LOS GARABATOS.....	73
4.4.1.1.13. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	73
4.4.1.1.14. INFORME PSICODINÁMICO.....	73
4.4.1.1.15. PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	74
4.4.1.1.15.1. CONDICIONES AMBIENTALES.....	74
4.4.1.1.15.2. CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.....	74
4.4.1.1.16. RESULTADOS.....	77
4.4.2. CASO “BLANCA”.....	78
4.4.2.1. HISTORIA CLÍNICA.....	78
4.4.2.1.1. DATOS DE FILLIACIÓN.....	78
4.4.2.1.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	78
4.4.2.1.3. PROBLEMA VITAL.....	78
4.4.2.1.4. ANTECEDENTES.....	78

4.4.2.1.5.	ESTRUCTURA FAMILIAR.....	80
4.4.2.1.6.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	80
4.4.2.1.7.	RECOMENDACIONES.....	80
4.4.2.1.8.	EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS.....	80
4.4.2.1.9.	INTERCONSULTAS.....	81
4.4.2.1.10.	BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS.....	81
4.4.2.1.11.	IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	81
4.4.2.1.11.1.	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	81
4.4.2.1.11.2.	DIBUJO DE SÍ MISMO.....	81
4.4.2.1.12.	DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	82
4.4.2.1.13.	INFORME PSICODINÁMICO.....	82
4.4.2.1.14.	PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	83
4.4.2.1.15.	RESULTAD.....	83
4.4.3.	CASO “MARÍA DEL CARMEN”.....	84
4.4.3.1.	HISTÓRIA CLÍNICA.....	84
4.4.3.1.1.	DATOS DE FILLIACIÓN.....	84
4.4.3.1.2.	MOTIVO DE CONSULTA.....	84
4.4.3.1.3.	PROBLEMA VITAL.....	84
4.4.3.1.4.	ANTECEDENTES.....	85
4.4.3.1.5.	ESTRUCTURA FAMILIAR.....	85
4.4.3.1.6.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	86
4.4.3.1.7.	RECOMENDACIONES.....	86
4.4.3.1.8.	EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS.....	86.
4.4.3.1.9.	INTERCONSULTAS.....	86
4.4.3.1.10.	BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS.....	87
4.4.3.1.11.	IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TESTS DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	87
4.4.3.1.11.1.	TEST DE GARABATOS.....	87
4.4.3.1.11.2.	DIBUJO DE SÍ MISMO.....	87
4.4.3.1.11.3.	H.T.P.....	89
4.4.3.1.12.	DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	91
4.4.3.1.13.	INFORME PSICODINÁMICO.....	91
4.4.3.1.14.	PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	92
4.4.3.1.15.	RESULTADOS.....	96
4.4.4.	CASO “LUZ”.....	97
4.4.4.1.	HISTÓRIA CLÍNICA.....	97
4.4.4.1.1.	DATOS DE FILLIACIÓN.....	97
4.4.4.1.2.	MOTIVO DE CONSULTA.....	97
4.4.4.1.3.	PROBLEMA VITAL.....	97
4.4.4.1.4.	ANTECEDENTES.....	97
4.4.4.1.5.	ESTRUCTURA FAMILIAR.....	98
4.4.4.1.6.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	98
4.4.4.1.7.	RECOMENDACIONES.....	98
4.4.4.1.8.	EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS.....	98
4.4.4.1.9.	INTERCONSULTAS.....	98
4.4.4.1.10.	BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS.....	99

4.4.4.1.11.	IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TESTS DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	99
4.4.4.1.11.1.	DIBUJO LIBRE.....	99
4.4.4.1.11.2.	DIBUJO DE SÍ MISMO.....	100
4.4.4.1.11.3.	H.T.P.....	100
4.4.4.1.11.4.	T.A.T.....	102
4.4.4.1.11.5.	CUESTIONARIO DE SEAPSI.....	104
4.4.4.1.12.	DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	104
4.4.4.1.13.	INFORME PSICODINÁMICO.....	104
4.4.4.1.14.	PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO	
	4.4.4.1.1.4.1. CONDICIONES AMBIENTALES.....	104
	4.4.4.1.1.4.2. CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.....	104
4.4.4.1.2.	RESULTADOS.....	107
4.4.5.	CASO “MERCEDES”.....	108
4.4.5.1.	HISTORIA CLÍNICA.....	108
4.4.5.1.1.	DATOS DE FILLIACIÓN.....	108
4.4.5.1.2.	MOTIVO DE CONSULTA.....	108
4.4.5.1.3.	PROBLEMA VITAL.....	108
4.4.5.1.4.	ANTECEDENTES.....	108
4.4.5.1.5.	ESTRUCTURA FAMILIAR.....	109
4.4.5.1.6.	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	109
4.4.5.1.7.	RECOMENDACIONES.....	109
4.4.5.1.8.	EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS.....	109
4.4.5.1.9.	INTERCONSULTAS.....	109
4.4.5.1.10.	BATERÍA DE TESTS PSICOLÓGICOS.....	109
4.4.5.1.11.	IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TESTS, DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	110
4.4.5.1.12.4.	DIBUJO DE SÍ MISMO.....	110
4.4.5.1.13.	DIAGNÓSTICOS PSICOLÓGICO.....	111
4.4.5.1.14.	INFORME PSICODINÁMICO.....	111
4.4.5.1.15.	PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	112.
4.4.5.1.16.	RECOMENDACIONES.....	112
4.4.6.	OBSERVACIONES.....	112
4.4.7.	CONCLUSIONES.....	115
-	CONCLUSIONES.....	116
-	BIBLIOGRAFÍA.....	118

RESUMEN

La sexualidad y el síntoma histérico en pacientes del Departamento de Psicología del Hospital "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca es la investigación que aplica los principios fundamentales de Sigmund Freud en la caracterización de la sintomatología y en el tratamiento psicoanalítico de los pacientes diagnosticados como histéricos.

Del diagnóstico se desprende que sus traumas y trastornos nos remiten a la infancia, siendo los afectos no descargados oportuna y convenientemente, los que han quedado anclados en el inconsciente y son estos los que perturban al paciente. En su tratamiento se recurre a la práctica preconizada por Freud y a la que muchos terapeutas modernos continúan dando vigencia: la descarga a través de la palabra.

ABSTRACT

The sexuality and the hysterical symptom in patients of the Department of Psychology of the Hospital "José Carrasco Arteaga" of Cuenca's city it is the investigation that applies the fundamental principles of Sigmund Freud in the characterization of the symptoms and in the psychoanalytical treatment of the patients diagnosed as hysterical.

Of the analysis comes off that its traumas and disturbances remit us to the childhood, being the not discharged affections usefully, those that have been anchored in the unconscious and are those that perturb the patient. In their treatment it is appealed to the practice praised by Freud and many modern therapists continue giving validity: the discharge through the word.

INTRODUCCIÓN

“Freud buscaba la fuerza básica que motiva las pasiones y los deseos humanos, creyó haberla encontrado en la libido”.

*Erich Fromm,
“Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea”.*

Las miradas perdidas en el infinito, la desesperanza dibujada en el rostro y el dolor que envolvían a los pacientes, durante mis prácticas psicológicas, fueron la principal motivación para optar por el tema de la investigación: *La sexualidad y el síntoma histérico. Estudio realizado en pacientes del Departamento de Psicología del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca.*

Pretendemos demostrar que los conceptos emanados por Sigmund Freud en su proceso de evolución han aportado y constituyen la base y punto de partida para quien se involucre en el psicoanálisis.

En el recorrido, realizado se ha palpado de cerca el proceso de somatización de los problemas psicológicos, ante los cuales no siempre se los supera con el tratamiento farmacológico. Este como bien afirma: el Dr. Deepak Chopra “no cura la verdadera causa del mal”, por lo tanto, el camino que se abre a través de la psicoterapia en la que cuenta la formación académico y ética, sobre todo del terapeuta, presenta un abanico de situaciones en donde el síntoma es la alerta, es el mensaje que nos habla de que algo pasa dentro de sí, que el cuerpo necesita y quiere expresar. Síntoma que se halla estrechamente vinculado, según la teoría freudiana, a la sexualidad, particularmente, el síntoma histérico. Los casos de histeria tienen un componente de carácter sexual, cuyo origen se halla en la vivencia del pasado, específicamente, nos remite a la infancia del paciente.

La histeria es una realidad en un sinnúmero de pacientes y lo primera exigencia es de que la aceptamos como una enfermedad, que debe ser atendida con la misma premura que cualquier otra, caso contrario, se estaría negando a quienes la padecen de la oportunidad de sanarse.

La histeria constituye un lenguaje corporal del que hace uso un individuo que se encuentra con un enredo mental profundo. Los casos que se analizan confirman la hipótesis de que los síntomas histéricos son afectos perdurables de traumas psíquicos que no fueron descargados adecuadamente y que originaron la enfermedad somática.

La psicoterapia ha constituido la herramienta fundamental aplicada de la cual se ha tomado fundamentales conceptos teóricos a partir de la experiencia de Freud y de los modernos terapeutas que continúan considerando que la palabra es un decreto y que ella puede modificar la vida de los pacientes, particularmente, en los casos de histeria.

El desarrollo de esta investigación contempla, cuatro capítulos:

- El capítulo 1, aborda la sexualidad, que implica la afectividad, base misma del desarrollo humano, cuya sanidad tiene sus raíces en el desarrollo de cada una de las etapas psicosexuales que serán detalladas oportunamente, sin embargo, es necesario aclarar y diferenciar correctamente términos tales como pulsión, instinto, libido, placer que permiten entender de mejor manera el comportamiento humano.
- En el capítulo 2, se expone el tema de la histeria, considerada como una enfermedad mental, somática, que se da como consecuencia de eventos traumáticos vividos en la infancia y que se encuentran sujetos a una amnesia infantil, por lo tanto, se insiste en la importancia del recuerdo de dichos eventos para que durante un proceso psicoterapéutico, psicoanalítico se dé un mejor entendimiento de dichas situaciones para que tanto la compulsión histérica y las manifestaciones físicas sean controladas de mejor manera. El fin que persigue la psicoterapia analítica es el restablecimiento de la salud mental del sujeto y para entender cómo se logra dicha recuperación es necesario partir de lo que trata la histeria; es por esto, que se incluye definiciones, estudios realizados, manifestaciones y mecanismos psíquicos de dicha enfermedad y su conexión directa con la sexualidad.
- El capítulo 3, hace referencia a la psicoterapia como un método curativo que se sirve de un proceso con medios psicológicos en el cual el sujeto recuerda, hace análisis, comprensión y supresión del conflicto psíquico para recuperar su salud mental, permitiéndole desarrollar su capacidad de trabajo y de goce. Se presenta una breve síntesis de cómo era tratada antiguamente dicha enfermedad, sobre el método psicoanalítico de Freud y sus principios fundamentales como: las asociaciones libres, interpretación psicoanalítica de los sueños, la transferencia y finalmente se enfoca la psicoterapia y su objetivo fundamental que es la recuperación de la salud mental del paciente.
- El capítulo 4, constituye lo medular de la investigación; es el minucioso estudio de 5 casos de pacientes histéricas, cuyo seguimiento se encuentra debidamente respaldado con las historias clínicas, tratamiento psicoterapéutico y estadísticas descriptivas correspondientes que fueron llevados a cabo en el Departamento de Psicología del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca.

CAPÍTULO 1

LA SEXUALIDAD

1.1. INTRODUCCIÓN

Al enfocar el tema de la sexualidad humana es imposible prescindir de Sigmund Freud, autor que ha profundizado, a través del psicoanálisis, cuál es el motor que genera la conducta humana. Esta no se la podría entender si no se parte del conocimiento de que en nuestra mente, según este autor, hay una influencia directa del aparato psíquico.



Foto: Bebe recién-nacido-dormido.¹

Cada vez, que nace un niño en el mundo, nos es encomendada una vida, cuya base del desarrollo psicosexual y sanidad mental es la afectividad; pues, su capacidad de recoger y guardar las impresiones del medio que le rodea en el inconsciente permite que estas formen desde su inicio la energía psíquica que determinará todo su futuro desarrollo y conducta.

Sigmund Freud, en su obra “Tres ensayos para una teoría sexual”, afirma que son los primeros años de la infancia los que marcan decisivamente la vida del sujeto, puesto

¹<http://www.google.com.ec/images?hl=es&gbv=2&tbs=isch:1&q=bebes+recien+nacidos+durmiendo&sa=N&start=580&ndsp=20>

que, en esta época, el individuo tiene la facultad para recoger y grabar las impresiones y producirlas luego; aquello que no se reproduce y está olvidado deja huellas en la vida psíquica y constituye la fuente de energía más importante de las neurosis. En el inconsciente del individuo, están presentes motivaciones que permanecen en pugna por expresarse y que al lograrlo lo hacen en forma disfrazada y se exteriorizan de manera predominante o parcial, a través de los síntomas que presenta el trastorno mental, tales como manías, ataques de histeria, dolores físicos, etc. Se dice, incluso, que los sueños, los chistes, los olvidos delatan un conflicto interno que se halla latente; su interpretación constituye un primer paso para llegar al inconsciente, que guarda celosamente la vida sexual de la persona enferma y que conforma la energía psíquica que determinará todo su futuro desarrollo y por ende la conducta del hombre.

Es así como Sigmund Freud, luego de su estudio sobre las manifestaciones sexuales infantiles, los rasgos esenciales del instinto sexual, la energía vital psíquica profunda llamada pulsión nos da a conocer el desarrollo psicosexual del ser humano y su composición de elementos procedentes de diversas fuentes, las cuales tienen su inicio desde el nacimiento del sujeto y van madurando para luego definir su comportamiento. Así, nos demuestra la importancia fundamental de los primeros años de vida y precisa que haciendo un esfuerzo y recordando los distintos períodos de la infancia de un individuo, se facilita la comprensión de la influencia que tienen estos eventos en la vida, por lo tanto, sugiere que deberían ser estudiados preferentemente.

1.2. LA PULSIÓN

Freud, en 1910, introduce el concepto de pulsión sexual y recurre a la palabra de origen alemán *trieb*, cuya traducción más acertada es *pulsión*, entendida esta como: "*la energía psíquica profunda que orienta el comportamiento hacia un fin y se descarga al conseguirlo*".²

Hay que aclarar que, muchas de las veces, se ha equiparado a la pulsión como un concepto similar al de instinto; sin embargo, es preciso establecer su diferencia.

La *pulsión* es un impulso que se caracteriza por ser, flexible, carece de objetos predeterminados, no es fijo, es dinámico, no es hereditario ni adaptativo, es "*una tensión creciente que se resuelve en una distensión que provoca placer*".³

En ella influye la historia ontogénica, la experiencia del individuo.

Es a partir de 1915, cuando Freud hace la distinción de las "dimensiones" de una pulsión. En ella se distingue:

1. Perentoriedad (Drang); Es la tensión interna que se convierte en *trieb* (pulsión) se refiere al factor motor, es decir, a la suma de fuerza o a la cantidad de exigencia de trabajo que representa. Este carácter perentorio, apremiante es una cualidad general de

²<http://leymarce.lacoctelera.net/post/2006/09/13/pulsion.>

³www.monografias.com/trabajos66/compendio-psicologia/compendio-psicologia7.shtml- 120k -

las pulsiones e incluso constituye la esencia de las mismas. Cada pulsión es una magnitud de actividad y solamente su fin determina si es activo o pasivo.

2. El fin: Persigue siempre la satisfacción, que será alcanzada únicamente al encontrarse con el objeto que lleva en sí un estado de estimulación que se suprimirá al llegar a la fuente de dicha pulsión, sin embargo, pueden haber diversos caminos que conduzcan al fin, para cada pulsión pueden existir diferentes fines; incluso, se pueden dar pulsiones coartadas en su fin dándose en estos casos una satisfacción parcial.

3. El objeto, Es un medio accesorio que sirve para disminuir la tensión inherente a la pulsión en forma temporal, es decir que puede la pulsión alcanzar su satisfacción. No es necesariamente algo exterior al sujeto, sino que puede ser una parte cualquiera de su propio cuerpo y es susceptible de ser sustituido indefinidamente por otro en el curso de los destinos de la vida de las pulsiones.

4. La fuente, Es el proceso somático que se desarrolla en un órgano o una parte del cuerpo y que se traduce por una tensión o un impulso y es representado en la vida anímica por las pulsiones.⁴

La pulsión es considerada entonces como la cantidad o esfuerzo que representa, siendo esta la propiedad esencial de la pulsión; se distinguen unas de otras por la manera en que se relacionan con las fuentes somáticas y sus fines, y se ha visto que el proceso excitador lo constituye la fuente, un órgano o una parte del cuerpo y que su fin inmediato lo constituye la anulación del estímulo a través de conseguir la satisfacción. Para Freud, todo el comportamiento humano está regido o motivado por pulsiones, lo que torna diferente al ser humano de las otras especies. Al individuo no se le puede reducir al esquema de estímulo-respuesta (E-R) que sí caracteriza a la especie animal.

Freud afirma que las pulsiones son representaciones neurológicas de las necesidades físicas y tienen formas de manifestarse a lo que se denominan: Pulsión de vida o Eros llamada a perpetuar la vida del sujeto buscando la conservación y creación de la vida través de la motivación: en primer lugar, por la alimentación, la búsqueda de la comida y el agua; y en segundo lugar, la conservación de la especie, cuya motivación estaría en la búsqueda de sexo. A la energía motivacional de estas pulsiones de vida que impulsa nuestro psiquismo, Freud las llamó *libido*, cuyo significado literal sería “yo deseo”; y a la vez nos habla de la Pulsión de muerte, Thánatos, que inclinan a los organismos vivos a regresar al estado primitivo donde surgieron, a lo inorgánico.

Se puede decir entonces que el sexo es una necesidad esencial en la dinámica de la psiquis, porque el sexo constituye una necesidad social, dado que el hombre es un ser bio-psico-social por excelencia. En este punto se debe precisar que cuando Freud habla de sexo, no lo hace refiriéndose al coito, únicamente, sino a la libido, considerada una pulsión sexual. Esto lo vemos reflejado en las múltiples obras por él expuestas donde nos dice que la conformación de la vida sexual del niño se da en la primera época infantil y se organiza de manera duradera a partir de la pubertad. Esto es que, en su inicio, la pulsión de ver y la pulsión de saber despiertan con fuerza, y los genitales participan en la vida sexual propiamente dicha solo en su papel de órganos para la

⁴ Sigmund Freud. Obras completas, Los Instintos y sus destinos, Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. II, 1915, p. 2042

excreción de la orina. Esto deja claro que lo sexual es una consecuencia de la madurez de la persona, y se cree que es fundamental que se dé una organización sexual temprana y que recorra un camino largo que constituye el proceso mismo de maduración, puesto que en el niño difícilmente son posibles el orgasmo y la excreción genital ya que el carácter sexual se agrega justamente cuando los genitales empiezan a desempeñar el papel que les corresponde.

La práctica sexual normal lleva al individuo a explorar otras regiones corporales del objeto ya que son condiciones indispensables del goce sexual, sin que por ello se hable de perversión por el simple hecho de darse una transgresión de la meta sexual ya que esta categoría será dada únicamente en el caso de que se consuman de manera exclusiva, dejando de lado el acto sexual al servicio de la reproducción.

Freud, como todo investigador, evoluciona a través del tiempo, incorpora nuevos conceptos, reformula otros y, con respecto a la libido, como pulsión de vida, considera que junto a ella está presente la pulsión de muerte. El principio de placer nos motiva a permanecer en constante movimiento, pero la finalidad de este es alcanzar la quietud, la satisfacción. En otras palabras, se podría explicar que la meta de la vida es la muerte. Esta idea, al principio, impactó negativamente entre los estudiosos de la época y fue rechazada; sin embargo, Freud explica esta polaridad a través del concepto de Nirvana (concepto budista) cuyo significado etimológico es “soplido que agota”, pero que se considera el Cielo, que es definido como la no-existencia, la nada, el vacío; lo que constituye la meta de toda vida, el descanso que produce la muerte.

La pulsión de muerte y el principio de Nirvana se manifiestan en nuestro deseo de paz, de escapar a la estimulación, en la atracción por enajenarse a través del alcohol y de los narcóticos, en el deseo de evadir la realidad al sumergirse en la lectura de un libro o una película o en el sueño. En situaciones más críticas, esta pulsión se expresa de forma más directa en los intentos de suicidio o en otros momentos como Freud decía, “*en la agr Ariesión, crueldad, asesinato y destructividad*”.⁵

En síntesis, las pulsiones constituyen las fuerzas resultantes de las tensiones somáticas y las necesidades del Ello. Entendiéndose, este último como el mundo de los instintos. Es así que las pulsiones se hallan ubicadas entre el nivel de lo somático y lo síquico.

1.3. EL INSTINTO

El instinto puede ser definido como el conjunto de comportamientos que responden a una imposición tan fuerte e indeleble como la marca stigma (*stigma*) de los esclavos. Esta marca se determina desde el nacimiento; los romanos utilizan otro término para llamar al instinto, ingenium o natura. Los *stigma* son las marcas hechas al fuego, son imborrables. Los animales, al nacer, poseen una serie de programas de ejecución, denominado instinto, cuyo funcionamiento es un factor determinante.

El instinto desde la Biología se define: “*como una pauta hereditaria de comportamiento, cuyas características son:*

⁵ www.mdp.edu.ar/psicologia/desanali/doc/modpul.doc -

- *Es común a toda la especie, las excepciones y variabilidad son mínimas, explicándose por el instinto mismo.*
- *Posee finalidad adaptativa.*
- *Es de carácter complejo, es decir, consta de una serie de pasos para su producción: percepción de la necesidad, búsqueda del objeto, percepción del objeto, utilización del objeto, satisfacción y cancelación del estado de necesidad.*
- *Es global, compromete a todo el organismo vivo”.*⁶

Según el criterio de los biólogos, en los humanos se distinguen dos instintos: el de supervivencia y el instinto de reproducción. Recientemente, se han encontrado indicios de que podría existir otro, el instinto religioso. Este se encuentra asociado a una zona del cerebro que muestra intensa actividad durante los episodios de epilepsia. Desde esta perspectiva, la vida social está entramada con la cultura y las formas de producción y dependencia mutua y el instinto de supervivencia es nulo dada la condición prematura de la cría humana. No habría, tampoco, un instinto de reproducción, porque el ser humano en su conducta sexual no responde a dichos caracteres; la falta de un objeto fijo y determinado y la imposibilidad de cancelación de la necesidad destierran esa posibilidad.

Según las teorías de Sigmund Freud, el ser humano carecería de instintos y, en su lugar, tendría lo que se denomina pulsiones. Parece que lo que sería "instintivo" en los humanos, conforme a las teorías freudianas, sería la búsqueda del placer en sí mismo y el rechazo al dolor, lo que, en algunos casos, podría conducir al suicidio para evitar el sufrimiento, cuando el dolor físico o psíquico es muy grave. Esto sería una peculiaridad propia de los seres humanos, pues no parece que haya constancia de casos de suicidio en animales.⁷

Freud considera que: *“No se debe confundir instinto con estímulo que es producido por excitaciones aisladas procedentes del exterior”.*⁸

Freud, en su obra *“Tres ensayos para una teoría sexual”*, establece la diferencia entre instinto y pulsión: a la pulsión la considera como el impulso provocado ante una excitación y una tensión corporal. La tensión se inclina hacia diversos objetos y solamente si accede a ellos, la tensión se satisface, pero solo momentáneamente; dicha pulsión jamás queda satisfecha en forma total, como acontece con el instinto. El ser humano frente a una pulsión (que tiene origen somático) busca satisfacerla y lo consigue por un espacio de tiempo, hasta que la pulsión retorne exigiendo otra nueva satisfacción. Sin embargo, estas concepciones son motivo de debate.

Freud distingue claramente la existencia de un mundo interno y externo que determina la naturaleza del impulso de los mismos; siendo estos claramente diferenciados por la capacidad de fuga (sustracción mediante una acción muscular) La presencia de este estímulo interno o externo nos dará una pauta para distinguir los instintos de las pulsiones.

⁶ es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20081202081102AAQh3kl - 43k -

⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Instinto>

⁸ Sigmund Freud. Obras Completas. Tres ensayos para una teoría sexual, Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. II, 1905, p. 1191.

Enrique Carpintero en su estudio la “Sexualidad Plural” habla del instinto como:

[...] un comportamiento preformado, fijo y hereditario, propio de una especie animal y que varía poco de un individuo a otro. El instinto es un concepto que remite a automatismos heredados, puesto que es algo que está grabado, inscripto en la materia viva como tal, y que se desencadena en una situación específica, y es independiente de toda experiencia previa. El término instinto aparece en la obra de Freud cuando éste se refiere al ‘instinto en los animales’, al ‘conocimiento instintivo de peligros’ y, fundamentalmente, cuando afirma que, si en el sujeto hay formaciones psíquicas hereditarias análogas al instinto en los animales, éstas constituyen los “esquemas filogenéticos hereditarios”, que son las profantasías de seducción, castración, escena primaria, etc.⁹

Surge aquí la necesidad de hablar de los dos impulsos antagónicos: Eros y Thánatos. Al primero caracteriza la finalidad de unirse a la necesidad de auto-conservación, en tanto, que el segundo se caracteriza por la disolución y aniquilación. Entre los dos hay una especie de combinación o complementariedad.

Eros se expresa a través de la libido, que se despliega a partir de varios impulsos parciales focalizados en las diferentes zonas erógenas.

Como el objeto en el que el instinto busca satisfacción es único, este puede tratar de adherirse al objeto lo que genera las fijaciones. Freud define los instintos como “[...] las fuerzas que suponemos actuando tras las tensiones de necesidades del Ello”.¹⁰

La organización genital de la sexualidad implica la posibilidad de mantener catexis libidinales o desplazamientos que permitan realizar su finalidad; sublimar previas o desarrollar nuevas formas para exteriorizar dicha energía; pero, siempre, está la posibilidad de la represión. En este caso, las pulsiones parciales son un debilitamiento que permite el retorno a fijaciones libidinales anteriores a la fase fálica.

1.3.1. DIFERENCIAS ENTRE PULSIÓN E INSTINTO

La diferencia entre instinto, impulso y pulsión es motivo de discrepancia y de discusión debido al carácter semántico y de interpretación de los conceptos, mas no en cuanto a su existencia ontológica. Además, dichas diferencias semánticas han sido establecidas por los seguidores al traducir y al comentar los textos de Freud, por lo que no le corresponden a él. Sin embargo, para que nosotros estemos claros en estos conceptos y facilite nuestro estudio daremos algunas diferencias entre pulsión e instinto.

Se debe indicar que tanto en los instintos como en las pulsiones se puede distinguir los cuatro elementos: Perentoriedad, fin, objeto y fuente solo que difieren en su origen, comportamiento, fuerza, objeto y sus destinos que son distintos.

⁹ <http://www.topia.com.ar/articulos/805-edito.htm>

¹⁰ rickyesteves.wordpress.com/2008/06/28/la-sexualidad-en-freud-pulsion-represion-y-sintoma/

La pulsión: Es un impulso que se inicia con una excitación corporal (estado de tensión) y cuya finalidad última es justamente la supresión de dicha tensión.

La pulsión es un deseo.

La fuga es ineficaz contra la pulsión.

Actúa como un impulso único y puede ser suprimido por un único acto adecuado. La pulsión es un estímulo que se origina en el interior del organismo. Su aparición es tan contundente y manifiesta que su supresión resulta ineficaz o inútil. La pulsión es propia del ser humano.

Los instintos: Tienden a una finalidad predominantemente biológica.

El instinto es una necesidad.

La fuga es factible, puesto que es posible sustraerse mediante acción muscular.

Es una fuerza constante y no tiene un objeto predeterminado para lograr su satisfacción.

Se caracteriza por ser congénito, es heredado genéticamente, viene dado por una imposición, al nacer un individuo ya lo trae consigo; es un factor determinante y es adaptativo.

El instinto caracteriza a los animales irracionales, aunque amerita hacer la precisión de que se cree que, también, el ser humano posee instintos; sin embargo, estos comportamientos responden al circuito "estímulo-respuesta" y poseen objetos determinados e inamovibles.

1.4. LA LIBIDO

Según el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche, el término "*Libido*" significa, en latín, deseo, ganas.

*"Así como la pulsión sexual se sitúa en el límite somato-psíquico, la libido designa su aspecto psíquico; es (la manifestación dinámica, en la vida psíquica, de la pulsión sexual)."*¹¹

Desde la perspectiva freudiana, la libido no es otra cosa que la energía de las pulsiones sexuales. Con el pasar del tiempo, el término que se definía, en principio, solo desde el punto de vista sexual, evolucionó incorporando a la energía productiva del ser humano. Energía considerada por Freud "*como sustrato de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto (desplazamiento de las catexis), en cuanto al fin (por ejemplo, sublimación) y en cuanto a la fuente de la excitación sexual (diversidad de las zonas erógenas)*".¹²

Libido es un término que comúnmente se interpreta como deseo sexual; se podría afirmar que es la energía de la pulsión sexual; por un lado se la puede considerar una fuerza *cuantitativa*, puesto que nos permite medir los procesos y las transformaciones de la excitación sexual y, por otro, es una fuerza *cualitativa* por su origen particular de la energía en que deben basarse los procesos anímicos y por una renunciación a la meta

¹¹ Jean Laplanche & Jean-Bertrand Pontalis, bajo la dirección de Daniel Lagache. *Diccionario de psicoanálisis*. P. 211

¹² *Ibid.*, p.210.

específicamente sexual. La mente es un sistema que se auto-regula gracias a la lucha entre tendencias o instancias opuestas: se trata de fuerzas o pulsiones.

Que la pulsión que, esencialmente, mueve al hombre es su sexualidad, es conocido ampliamente, pero, Freud desarrolla un concepto más totalizador: la libido, que relaciona todo lo está implícito en el amor. En este se incorpora todas las manifestaciones: el amor filial, la amistad, el amor hacia los otros, hacia el prójimo, el amor de pareja, el amor sexual... que son consideradas las variantes de *“la expresión sublimada del impulso de unión sexual”*.¹³

Cuando se habla de la libido como energía que se diferencia claramente de la excitación sexual somática Freud nos dice en sus primeros escritos sobre la neurosis de angustia que *“una insuficiencia de ‘libido psíquica’ hace que la tensión se mantenga en el plano somático, donde se traduce sin elaboración psíquica en síntomas”*.¹⁴

Carl Gustav Jung, habla de una *“energía psíquica de la que todo individuo dispone para su propio desarrollo personal. Se trataría de una energía psíquica indiferenciada”*.¹⁵

La libido tiene aquí un sentido amplio ya que designa la “energía síquica” de la que dispone todo ser humano para su desarrollo individual. Se la identifica con la creatividad que posee toda persona.

En medicina en general se aplica este término para definir específicamente el deseo sexual. La mayoría de los médicos y psiquiatras consideran que un nivel de libido inferior a lo "normal" representa una enfermedad. Comúnmente es asociado como un síntoma de un trastorno emocional, tal es el caso de la depresión.

1.5. EL PRINCIPIO DEL PLACER

El carácter instintivo en los seres humanos, según Freud, sería la búsqueda del placer en sí mismo y, por ende, el rechazo a lo que produce el dolor. Se dice que, en ocasiones, se busca el dolor para hallar después la calma.

Según el mismo autor, el principio del placer estaría relacionado con las pulsiones: Eros que se vincula a la autoconservación y a las de carácter sexual y Thanatos que es la pulsión de muerte. Es en estas dos pulsiones que se basa el “Principio del placer y de la realidad”. El primero supone una permanente persecución por lo que nos produce placer y este principio es lo que determina el constante movimiento, cuya finalidad es llegar a la calma, a la quietud, lograr la satisfacción y estar en paz, no tener necesidades, por lo que siempre nos estará impulsando a realizar aquello que nos trae placer, nos hace sentir bien. Por el contrario, el principio de la realidad nos obliga a aterrizar en el plano del

¹³ www.xtec.cat/~lvallmaj/~/fremont2.htm - C. G. Jung. O.C. 4. *Freud y el psicoanálisis*. 233, § 568. Madrid: Editorial Trotta. Carl Gustav Jung.²

¹⁴ Jean Laplanche & Jean-Bertrand Pontalis, bajo la dirección de Daniel Lagache. *Diccionario de psicoanálisis*. p.211. Barcelona: Editorial Paidós.

¹⁵ *Ibid.*, p.210.

deber, ya que este subordina al placer. La subordinación del principio del placer al principio de realidad se lleva a cabo a través de un proceso psíquico denominado sublimación.

1.6. ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Freud al estudiar el desarrollo de la sexualidad da énfasis a los instintos sexuales, los cuales al inicio se despliegan para luego irse integrando y centrándose en el acto sexual ya maduro. Freud observó que, en distintos períodos de la existencia, existen diferentes partes de la piel que proporcionan placer, a las cuales, posteriormente, se las denominarían zonas erógenas, en ellas se focaliza el placer sexual. Freud denominó a esas etapas: oral, anal, fálica y genital, entre estas dos últimas se ubica la etapa de latencia.

Las distintas fases de la sexualidad desarrolladas por Freud nos permite comprender la influencia de las tres fuentes, donde se origina el sufrimiento, que implica el sacrificio de las satisfacciones pulsionales del individuo: La hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad del cuerpo y la presencia de la cultura, siendo esta última la que produce los sentimientos de culpa. Son estos los factores que influyen en la constitución de la sexualidad del ser humano.

Observó que los niños obtenían gran placer a través de chupar, especialmente, el pecho materno. Los bebés tienden a llevarse a la boca todo lo que encuentran en su entorno. Más tarde, el niño concentra su atención en el placer anal, al retener y expulsar los excrementos. Aproximadamente, a los tres o cuatro años, el niño descubre el placer de tocarse sus genitales. Y, solo más tarde, en su madurez sexual, experimentará el placer en una relación sexual. Freud postuló su teoría de los estadios psicosexuales a partir de estas observaciones.

Las fases o estadios pulsionales se dan en concordancia con la maduración del sistema nervioso de cada persona, ya que en cada etapa existe un desarrollo neurológico determinado en las zonas erógenas. Derivada de la pulsión de vida, es la pulsión por nutrirse, sin embargo, las derivaciones más complejas e interesantes son las que aparecen en fases o estadios más adelante.

1.6.1. FASE ORAL

Es el primer momento del proceso de evolución del niño. Se considera esta etapa a partir del nacimiento hasta alrededor del año. Aquí la boca es la zona erógena. La libido se dirige a ella y busca satisfacción en la succión.

El bebé satisface su necesidad de alimentación al contacto con el pecho materno, lo que constituye una primera satisfacción, con la finalidad de auto-conservación. La excitación es producida por la salida de la corriente de la leche materna. Luego, de la acción de mamar, pasa a la del chupeteo. Chupar y morder son las actividades predilectas para el bebé en esta etapa. Aquí, se debe distinguir la acción de succionar que no tiene por objeto la nutrición. En esta acción se busca satisfacción, mediante un circuito de autoerotismo. En este caso, tanto la fuente como el fin pulsionales se identifican en el mismo objeto.

Debido a que el niño vive inserto en un mundo cultural y debido a las condiciones del desarrollo del cuerpo surge la exigencia de que el pecho materno se aleje del bebé, separación que se torna inevitable debido a la aparición de los dientes; la alimentación ya no es producto solamente de la succión, sino de la masticación.

Fase oral-sádica

La separación del pecho de la madre provoca el primer sentimiento de displacer. Es aquí donde aparece la relación de ambivalencia: amor-odio respecto a un mismo objeto; es la etapa oral-sádica. Es en el acto de la succión donde se evidencian los caracteres de la sexualidad infantil: el autoerotismo y el dominio de la zona erógena. Según Freud:

*[...] no todos los niños realizan este acto de la succión. Debe suponerse que llegan a él, aquellos en los cuales la importancia erógena de la zona labial se halla constitucionalmente reforzada. Si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar; mas si aparece la represión, padecerán de repugnancia hacia la comida y los vómitos histéricos.*¹⁶

1.6.2. FASE ANAL

A esta fase, Freud la ubica a partir del primer año de vida del niño hasta alrededor de los tres años. La libido se dirige al ano y la satisfacción radica en la retención o expulsión de los excrementos. Hay una especie de conflicto entre el deseo de controlar sus movimientos intestinales frente a la imposición social de adiestrarse para ir al baño. La excitabilidad en la zona anal se torna evidente en los niños que retardan el acto de expulsión de las heces y con ello manipulan a quienes están en su entorno. Al mismo tiempo, se produce una serie de contracciones y excitación de las mucosas.

Al respecto, Freud afirma que: *“La retención de las masas fecales intencionadas, por tanto, al principio, para utilizarlas en calidad de excitación masturbadora de la zona anal o como un medio de relación del niño, constituye además una de las raíces del estreñimiento tan corriente en los neurópatas”*.¹⁷

Es evidente que los niños experimentan sensaciones placenteras al poder asumir el primer control sobre su cuerpo.

Los conceptos de limpieza, orden y belleza, productos de la cultura, a pesar de que no se entiendan totalmente, influirán en la vida del sujeto; de aquí, en adelante, la madre en la limpieza cotidiana erogeniza la zona anal; lo que conduce a que el niño busque satisfacción autoerótica a través de la expulsión o retención y es a través de estas acciones que se expresa el afecto u odio hacia la madre y el medio exterior. El Yo se halla constituido y existe una clara identificación entre el Yo y el mundo externo.

¹⁶Sigmund Freud. Obras Completas. La sexualidad infantil, Manifestaciones de la sexualidad infantil, Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. II, 1996, p.1200.

¹⁷Ibid., p.1203.

Es la fase donde se originan los diques psíquicos que impedirán a las pulsiones exteriorizarse: se van por la vía de la sublimación o estas se reprimen. La formación reactiva y las fuerzas anímicas contrarias afloran y se prolongan en el transcurso de la vida, influyendo en el desarrollo anímico de la persona, según la presión de la cultura, la que elabora conceptos de vergüenza, asco...

Lou Andreas-Salomé precisa:

Que la primera prohibición que se alza en el niño, la de procurarse un placer por medio de la actividad anal y de sus productos, ejerce una influencia determinante sobre todo su desarrollo ulterior. La criatura comienza a darse cuenta de la existencia de un mundo exterior hostil a sus impulsos instintivos, y aprende a diferenciar su propia persona de aquellas otras que le rodean y a desarrollar la primera 'represión' de sus posibilidades de placer. Lo 'anal' pasa a constituir, desde este punto, el símbolo de todo lo prohibido, de todo aquello que nos es preciso rechazar y apartar de nuestro camino.¹⁸

El nerviosismo y la sintomatología de un paciente neurótico nos remiten a esta etapa, donde los catarrros intestinales de la infancia están relacionados con los posteriores trastornos digestivos. La fijación anal puede expresarse en la acumulación o derroche del dinero.

1.6.3. FASE FÁLICA

Conocida también como la fase uretral. Está comprendida entre los tres y cinco años. En ella, el niño o la niña controlan ya sus esfínteres. Aquí intervienen varios factores, entre los cuales se pueden enunciar los siguientes: el desarrollo anatómico, el contacto con las secreciones, el frotamiento durante la higiene y el lavado del cuerpo, los cuales producen ciertas excitaciones que se podrían denominar accidentales, tal es el caso de las niñas, cuando se da la emigración de oxiuros. Todo esto torna inevitable que los niños tengan sensaciones de placer a muy temprana edad. Por un lado, el niño dirige su libido o impulso erótico al juego con su pene, y, por el otro, la niña con su clítoris. Es este el inicio de la vida sexual del individuo. Freud da importancia esencial a esta etapa porque en ella se afianza el desarrollo síquico del individuo. En esta etapa se da el Complejo de Edipo y el Complejo de Electra, cuyas denominaciones se asocian con los personajes de las obras Edipo y Electra, de la historia de la literatura Griega.

En los estadios definidos anteriormente se encuentran enunciados los problemas que se acentúan en cada uno de ellos. Por ejemplo, en la fase oral es el destete; en la anal, el control de esfínteres; en la fálica se da la crisis edípica. Según la Leyenda Griega, Edipo trata de escapar de su destino para encontrarse con él: Matar a su padre y casarse con su madre.

¹⁸Sigmund Freud. Obras Completas. La sexualidad infantil, Manifestaciones de la sexualidad infantil, Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. II, 1996, p. 1203

1.6.4. EL COMPLEJO DE EDIPO

Esta crisis se explica por la presencia de la madre, que constituye el primer objeto amoroso de todos los seres humanos. El niño o la niña requieren de afecto, mimo, cuidado, atención, desea su contacto, pero se encuentra frente a un rival más poderoso que él, su padre, quien se convierte en su enemigo. Los niños son separados de su madre para ir a dormir solos, mientras su padre disfruta de la compañía de la madre.

En esta etapa, el niño, ya percibe las diferencias de sexo por su anatomía y por la manera de vestirse. Se plantea la interrogante: ¿Por qué la niña no tiene pene? Hace suposiciones: ¿Quizás le cortaron? No descarta la posibilidad de que eso también le pueda ocurrir a él. Es aquí donde comienza la ansiedad causada por la idea de castración, lo que significa la angustia de perder su pene.

Las niñas, al igual que los niños inician su vida con amor hacia su primer objeto: su madre y más tarde diferencian un sexo del otro. Se da cuenta que no tiene pene y siente una especie de envidia por ello.

En este proceso, el niño reconoce que su padre es superior a él por lo que aplica sus defensas yoicas. Sus impulsos sexuales dirigidos a su madre los orienta hacia las chicas y posteriormente hacia las mujeres, ya en su fase de sexualidad madura. Además, se identifica con su papá e intenta parecerse a él, es decir, verse como un hombre.

En el caso de las niñas, ellas no sufren la ansiedad de castración porque no pueden sufrir por algo que nunca tuvieron. Se afirma que en las niñas la salida del complejo de Edipo es mucho más complicada y tardía. La adolescente desplaza al padre por los chicos y hombres y trata de identificarse con su madre.

Este complejo de castración y sepultamiento del complejo de Edipo es concebido como un quiebre, que puede o no darse, pero que es crucial en la evolución del aparato psíquico, donde se da la reorganización de las experiencias y de la posición subjetiva, lo que resulta de vital importancia para la organización de las pulsiones.

En esta fase, el objeto pasional es el falo. Las zonas genitales se erogenizan ya por el contacto con el aire, ropa, masturbación, etc. Las pulsiones yoicas y sexuales depositadas en los objetos cambian de orientación por lo que se produce distintos efectos. El tabú del incesto está relacionado con el complejo de Edipo.

En esta fase se acentúa la ambivalencia de la antítesis amor-odio: Amar al padre y odiar a la madre o viceversa. Por otro lado, el niño percibe al medio exterior como el objeto que produce placer y displacer. Su relación con el mundo cambia, dando lugar al ingreso del período de latencia. Es en esta fase donde la cultura se hace sentir con mayor fuerza y obliga al ser humano a sacrificar sus deseos pulsionales.

En síntesis, la etapa fálica es determinante en el desarrollo del psiquismo del ser humano porque en ella está presente el complejo de Edipo, sea este femenino o masculino ya que, en ambos casos, siguen durante cierto tiempo idénticos caminos y producen los mismos resultados. El conflicto se resuelve con el abandono del niño a la fantasía de sustituir al padre y más bien trata de identificarse plenamente con él en el caso del varón y la identificación con la madre en el caso de la niña. Con esta

identificación afirma Freud que el niño logra dos desarrollos importantes: *“La internalización de la conciencia llamada superyó y un modelamiento apropiado de acuerdo con su sexo. En el caso de las niñas, con el complejo de Edipo femenino que no fue resuelto adecuadamente, se obtiene como consecuencia inhibición sexual o neurosis, complejo de masculinidad”*.¹⁹

El complejo de Edipo es considerado como una de las concepciones más controvertidas del sistema freudiano. De su resolución, depende la presencia o no de las perturbaciones neuróticas en el individuo.

En síntesis, su significación se relaciona con el triángulo afectivo que involucra al niño con relación a sus padres, pues se siente que se halla dentro de una red de deseos ambivalentes, amorosos y hostiles, al mismo tiempo. Este conflicto puede presentarse bajo dos formas:

Complejo de Edipo positivo

Es cuando el triángulo afectivo se resuelve a favor del progenitor de sexo opuesto; la hostilidad se orienta hacia el progenitor del mismo sexo, es decir, hacia la madre, en el caso de la niña, y al padre, en el caso del varón.

Complejo de Edipo negativo

Cuando el progenitor del mismo sexo, la madre, en el caso de la niña, y el padre, en el caso del varón, se transforman en los depositarios del complejo edípico.

En su última etapa, Freud planteó que ambas formas podían darse de manera *concomitante* en todo sujeto, lo que pasó a denominar con el nombre de complejo de Edipo completo.²⁰

Cuando el niño quiere tener a su madre para él solo, sufre incomodidad, fastidio y se contraría ante la presencia de su padre. Sin embargo, hay ocasiones que manifiesta ternura hacia su rival. Son las actitudes sentimentales ambivalentes que afloran en el niño. Estas pueden permanecer durante largo tiempo sin presentar ningún conflicto. Dicha actitud tiene su explicación en el egoísmo del niño.

Recuérdese que es su madre quien vela y se ocupa de él, por lo tanto, desarrolla un máximo interés para que ninguna otra persona lo haga. Sin embargo, Sigmund Freud, afirma:

*[...] lo importante es que la actividad erótica infantil encuentra su punto de apoyo en dichos motivos egoístas, esto podemos verlo claramente cuando el niño manifiesta una curiosidad sexual con respecto a su madre, insiste en dormir a su lado durante toda la noche, quiere asistir a su tocado, e incluso tiene actitudes de seducción hacia ella, de las cuales la madre se percata perfectamente y las comenta como simples travesuras que causan gracia.*²¹

¹⁹Spaccarelli. Desarrollo de la Personalidad, 1994, p. 56.

²⁰ www.monografias.com/trabajos/freud/freud.shtml

²¹Sigmund Freud. Obras Completas, Lecciones introductorias al Psicoanálisis, Parte III, Teoría general de las neurosis, La vida sexual humana, 1916-1917, p. 2330.

Se puede afirmar que el sentimiento de adhesión del niño hacia su madre, en ocasiones, es alimentada por los mismos padres. En este sentido, el puesto que cada hijo ocupa dentro de una familia numerosa es un factor determinante en la vida del niño.

1.6.5. PERÍODO DE LATENCIA

Dentro del desarrollo psicosexual se sitúa entre los cinco y seis años de edad hasta llegar a la pubertad. Como su nombre lo indica, existe una aparente calma de los impulsos sexuales; la energía de estos se desvía hacia otros fines, proceso que se conoce como sublimación. Es, en esta fase, en donde el Superyó está presente y reprime los sentimientos edípicos y los apetitos erótico-sexuales son inhibidos. Dichos impulsos tienen el carácter de perversos de por sí. Surgen aquí las fuerzas síquicas dirigidas a suprimir las sensaciones. Son los nuevos diques que se forman como la repugnancia, el pudor, la moral... En la mayoría de los casos, existe para Freud:

*[...] un fragmento de la vida sexual que ha escapado a la sublimación o se conserva una actividad sexual a través de todo el período de latencia hasta el florecimiento del instinto sexual en la pubertad. Esto, muchas de las veces es seguido cuidadosamente por los educadores que perciben como que la actividad sexual hace a los niños ineducados e interpretan y censuran todas las manifestaciones sexuales de los niños como ‘vicios’.*²²

Aunque los niños de edad escolar están preocupados por las actividades de aprendizaje, un determinado grupo practica la masturbación y se dedica a jugar a los “médicos”. Hay que precisar que los niños en la época a la que Freud se refiere eran más tranquilos que las nuevas generaciones, en los momentos actuales.

En síntesis, en esta etapa existe una fuerte sublimación espontánea de los sentimientos libidinales. Se identifica a esta fase por el período de amnesia infantil, en la que el niño se olvida de su práctica sexual. Esto se debe a la represión que se halla presente a través de la cultura. La sublimación que no es sino la modificación de la meta pulsional original, caracteriza a esta fase; aunque, a veces, las rupturas de este período conducen al retorno de la masturbación infantil, a través de su aparato urinario. La latencia es el período donde se da la integración cultural del sujeto.

La sexualidad retorna nuevamente en la pubertad, etapa que antes se consideraba el punto de partida de la sexualidad humana.

1.6.6. FASE GENITAL

La etapa genital comienza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales.

Aquí, el adolescente desarrolla la capacidad de experimentar la satisfacción sexual hacia las personas del sexo opuesto, fuera del círculo familiar.

²²Sigmund Freud. Obras Completas, Tres ensayos para una teoría sexual, La sexualidad infantil, p. 1198.

Freud establecía que tanto la masturbación, el sexo oral, la homosexualidad como muchas otras manifestaciones comportamentales eran inmaduras, aspectos que en el momento actual son rebatidos.

Estas etapas constituyen la teoría que la mayoría de los freudianos siguen al pie de la letra, tanto en su contenido como en las edades que comprenden.

Según Freud, “*un completo desarrollo se da cuando hay un disfrute de una sexualidad satisfactoria; y le interesa la satisfacción de la pareja de amor; de esta manera, la energía psíquica sublimada está disponible para el trabajo, lo que produce goce*”.²³

En esta fase se desarrollan los genitales externos y los internos, es decir, los elementos tanto reproductores como receptores de las sustancias genésicas. Las zonas erógenas que actúan en las etapas anteriores producen en esta un placer que se da previamente al acto sexual y, cuando la tensión se incrementa para luego venir la descarga de los productos genésicos, el placer es mucho mayor. Las zonas erógenas y las pulsiones se orientan al fin de la reproducción. La libido conduce al ser a seleccionar su nuevo objeto sexual fuera de la familia.

El encuentro del segundo objeto sexual se relaciona con el primero, esta relación es importante en la vida del sujeto. En esta nueva búsqueda del objeto sexual influye la cultura porque

*[...] impide el aproximamiento al primero mediante el complejo de Edipo y la barrera del incesto, y al segundo especificando inhibiciones autoritativas para elegir un objeto del sexo opuesto y cualquier satisfacción extragenital prohibida como perversión. En fin, la cultura, producto humano, ha sido configurado para evitar displaceres al ser humano provenientes de la naturaleza y las relaciones recíprocas entre hombres, pero contradictoriamente no aporta muchas probabilidades de goce.*²⁴

1.7. INSTANCIAS PSÍQUICAS

Freud formuló dos teorías sobre la constitución del aparato psíquico, la primera tópica fue en el año 1900, luego en 1923, la reformuló, ampliando, aún más sus conceptos. En su primera teoría, Freud afirma, que en el psiquismo humano actúan tres sistemas distintos: el Inconsciente, el Consciente y el Preconsciente.

1.7.1. PRIMERA TÓPICA

1.7.1.1. EL INCONSCIENTE

Es la parte más arcaica y originaria del psiquismo y, al mismo tiempo, la parte más próxima, a las fuentes pulsionales. Se considera como el lugar donde residen los impulsos innatos, tales como sentimientos, deseos, recuerdos reprimidos, etc. Se caracteriza porque sus elementos son, por lo general, inaccesibles a la conciencia, lo hacen solo a través del preconsciente, que cumple la función de censor o filtro, por

²³ www.scribd.com/doc/2268960/La-Afectividad-y-la-Sexualidad- - 871k

²⁴ Sigmund Freud. <http://www.elalmanaque.com/sexualidad/informacion/info4.htm>

medio de la crítica o represión; excluye los elementos inconscientes que pueden dañarle. Freud afirma que el psiquismo es más que lo consciente y que existe un material que se vuelve consciente únicamente cuando el proceso curativo supera las resistencias. Es un sistema en constante evolución y está cargado de energía psíquica. Nos dice que es ahí donde se encuentran nuestras energías, instintos, que son de vital importancia en el comportamiento. El sistema inconsciente carece de edad cronológica, no conoce pasado ni futuro, solo presente.

1.7.1.2. EL CONSCIENTE

Es la parte del aparato psíquico más próxima al mundo exterior y se encuentra entre este y la memoria; sin embargo, el consciente no memoriza nada, puesto que esta función le corresponde al preconscious. Se puede considerar a la conciencia como un órgano sensorial situado en el límite de lo interno y lo externo; tiene una función receptiva, es decir, capta y registra la información que viene tanto del exterior como del interior, siendo capaz de percibir procesos de distinta naturaleza.

La mente consciente o racional es el espacio donde tiene lugar el razonamiento y el pensamiento. Analiza toda información y datos que percibe y, a la vez, actúa como guardián del subconsciente que no piensa, no razona; tampoco, delibera, actúa solo por instinto como respuesta a emociones básicas.

1.7.1.3. EL PRECONSCIENTE

Está formado por los pensamientos y vivencias que, en un momento dado, no son conscientes; pero, que pueden llegar a la conciencia mediante un esfuerzo de atención, no así el inconsciente, que acumula los procesos y los contenidos psíquicos activamente rechazados de la conciencia por fuerzas intrapsíquicas, como la censura y la represión

Es un sistema de percepción y está íntimamente relacionado con la afectividad; pero, en el transcurso del desarrollo, se interpone entre ambos sistemas. El preconscious contiene elementos procedentes del inconsciente, que progresan hacia la conciencia y las impresiones almacenadas procedentes del exterior, es decir, no son conscientes porque no están en el pensamiento constantemente, pero, tampoco, son inconscientes porque están al lado de la censura; de esta manera, complican el mecanismo psíquico ya que estos contenidos no se encuentran en el campo de la conciencia, pero pueden estarlo en cualquier momento. El preconscious cumple una censura de tipo selectivo. Así, cualquier información que llegue a nuestro sistema perceptivo, aunque, luego, sea reprimido, dejará de estar en el campo de la conciencia para pasar al preconscious; al mismo tiempo, que contenidos de este pueden pasar al consciente sin ningún esfuerzo.

El inconsciente es un espacio donde se acumula todas las tendencias psíquicas, pero en este se incluye otro más pequeño que es la conciencia y entre ambos hay un guardián, que con su censura permite o no, el paso de lo inconsciente a lo consciente, quedando así, el material rechazado en el inconsciente. En suma, Freud observa que hay pensamientos que no son conscientes porque no están en el pensamiento constantemente

y que, tampoco, son inconscientes porque se hallan de este lado de la censura; entonces, se dice que son pensamientos preconcientes.²⁵

1.7.2. SEGUNDA TÓPICA

En 1923, Freud decide reformular sus conceptos creando un nuevo soporte teórico modificando y enriqueciendo su teoría anterior. Ahora, para Freud, el aparato psíquico se divide en tres instancias: El Ello, el Yo y el Superyó.

1.7.2.1. EL ELLO

Es la base de las pulsiones de la personalidad y expresa psicológicamente lo que el individuo hereda, es decir, lo que se arrastra genéticamente desde el nacimiento, lo que es constitutivo para él: lo pulsional. Contiene la energía psíquica tanto erótica o libidinosa como la agresiva o destructiva y todos los deseos reprimidos; así mismo, aporta la energía mental a los individuos.

Todos los sectores del Ello son inconscientes. No se ve afectado por el tiempo ni por las contradicciones; ignora los juicios de valor, como el bien, el mal y la moral. Solo busca la satisfacción de sus necesidades instintivas, según el principio del placer, y, cuando sus objetivos son reprimidos o inalcanzables en la realidad, al Ello le queda la realización onírica o sintomática. La energía del Yo y del Superyó se origina en el Ello.

1.7.2.2. EL YO

El Yo es lo consciente de un individuo y es el encargado de coordinar funciones psíquicas e impulsos internos, de recoger las percepciones; ordena, coordina y maneja las funciones corporales, a la vez, que se encarga de reprimir los procesos psíquicos que no aprueba, fijándolos en el inconsciente.

El Yo actúa como mediador entre la persona y la realidad externa; el Ello y el Superyó perciben las necesidades de la persona, tanto físicas como fisiológicas, y las cualidades y actitudes del ambiente, todo se relaciona con el Yo, intentando siempre alcanzar un equilibrio.

1.7.2.3. EL SUPERYÓ

El Superyó está formado por la asimilación de las normas culturales que rigen una sociedad. Actúa como juez o censor del Yo; su acción se manifiesta en la conciencia moral, autocrítica, en las prohibiciones y se opone abiertamente a la gratificación de los impulsos. Se enfrenta a las defensas del Yo, oponiéndose a dichos impulsos. La censura inspira el sentimiento neurótico de culpabilidad y autocastigo. El Superyó es la instancia represora por excelencia; es la base de todas las prohibiciones y de todas las obligaciones sociales y culturales; auto-observa y critica las acciones del ser humano y constituye el referente ideal al que debe parecerse o al que aspira ser.

²⁵Sigmund Freud, 19ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: Resistencia y Represión, 1916-1917, T. III, p. 270.

Las funciones imaginarias del Yo se relacionan complejamente con el Superyó. Constituye uno de los grandes problemas psicoanalíticos que implican a los problemas de identificación. El Superyó es muy severo y, en ningún momento, es proporcional al de los padres, ya que, debido a la intervención de los procesos de identificación, puede ser grande la diferencia entre las prohibiciones establecidas por el entorno y las exigencias del Superyó del sujeto.²⁶

1.8. CONCLUSIÓN

El ser humano es un ser muy complejo y con mucha fragilidad, que debe ser tratado con cuidado y que su desarrollo debe ser enfocado con una visión mucho más amplia, puesto que capta y registra tanto la información del mundo exterior como la del interior del individuo y recibe la influencia de las normas culturales que son las más drásticas y dejan huellas profundas en la personalidad de cada ser humano.

Se ha tomado como base fundamental para la investigación los conceptos dados por Sigmund Freud, en los que da importancia radical a la sexualidad que tiene como base la afectividad que es primordial para el desarrollo humano.

Se establece la diferencia entre los conceptos de pulsión e instinto, dejando claro que la pulsión es la fuerza básica, la energía que motiva el deseo humano y, por tanto, determina su comportamiento.

Desde el punto de vista biológico, el ser humano nace dotado de sus órganos genitales, y solo en la pubertad despierta la función reproductora de dichos órganos, para lo cual se sirve del material somático y psíquico ya existente; sin embargo, esto no quiere decir que dicha función sea automática sino que es el resultado de un proceso, ya que sus órganos genitales desde su inicio poseen la sensibilidad propia de un instinto sexual (parcial) que deberá ir desarrollando paulatinamente hasta llegar a la madurez sexual e integral del individuo; Por tanto la sexualidad y la reproducción no son iguales ya que la primera existe en el individuo desde que nace.

La influencia de la “educación” ha coartado la ingenuidad básica y fundamental del infante para el normal desarrollo de la sexualidad, encaminándolo hacia un único fin que es la procreación, lo que, provoca un sentimiento de culpa ante todo comportamiento que se desvíe de dicho fin, calificándolo como perversión y abriendo un paso hacia la enfermedad histérica caracterizada por la somatización que, según Freud, es producto de la privación de una normal satisfacción sexual. Sabemos, entonces, que en los primeros años se imprime la vida sexual del sujeto y mucho de aquello forma una fuente de energía psíquica que será expresada de manera adecuada o no en su vida adulta.

²⁶ Sigmund Freud. Obras completas, El “Yo” y el “Ello”, Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. III, 1923, p.p. 2700-2709.

CAPÍTULO 2

LA HISTERIA

2.1. INTRODUCCIÓN

Histeria es el nombre con el que se reconocen los problemas que, en su mayoría, llevan connotaciones sexuales, que en algunos casos, podría ser el resultado de traumas intensos ocurridos antes de la pubertad y que arrastran consigo un gran sentimiento de culpa por la sensación de haber hecho algo malo. Es por esta razón que bien podrían afectar a hombres o mujeres y que, sin embargo, se identifican como un trastorno que afecta únicamente a las mujeres.

La histeria se hace visible cuando se dan eventos que, de alguna manera, se conectan con sucesos traumáticos ocurridos en la infancia y olvidados a causa de la pérdida parcial o total de la memoria reconocida como amnesia infantil y que se relaciona íntimamente con el factor patológico, caracterizado por la somatización o síntomas visibles como ataques, convulsiones, parálisis y otros que, en cierta forma, nos demuestran su parentesco con la Epilepsia.

Si bien es cierto, que en la histeria se habla de fuerzas instintivas de carácter sexual no se afirma que la energía del instinto sexual ayude a las fuerzas que mantienen los síntomas.

En este capítulo se pretende demostrar una vez más que el trauma no es algo extraño que se enquistaba en la vida de un sujeto, sino algo que se ha ido formando paulatinamente y es producto de un proceso que ya es familiar, pero que se ha vuelto extraño en el encuentro con un acontecimiento exterior y que la gravedad de esta enfermedad depende de la sensibilidad del sujeto que llega a exteriorizar la vida sexual de la persona afectada.

2.2. GENERALIDADES

1895 es el año en el que aparecen los primeros estudios sobre la histeria abordados por los Drs. José Breuer y Sigmund Freud. Las primeras experiencias registradas a través de la exploración y tratamiento de los fenómenos histéricos se publicaron en 1893. A partir de esta fecha, se han ido incorporando una serie de conceptos teóricos basados en la serie de casos clínicos acumulados en la práctica profesional privada. Por ética profesional no se dieron a conocer públicamente determinadas condiciones sexuales y matrimoniales de importancia etiológica. Es esta la explicación por la que no se ha

podido aclarar, sino, fragmentariamente, el hecho de que *“la sexualidad, en tanto que fuente de traumas psíquicos y motivo de la <defensa> de la represión de ideas fuera de la conciencia, desempeña un papel cardinal en la patogenia de la histeria”*.²⁷ Es importante precisar que en el análisis de ciertos casos aparecen algunas opiniones contradictorias entre los dos investigadores, sin embargo, esto se explica porque sus autores tienen criterios diferentes en sus perspectivas, pero están de acuerdo en hechos y principios básicos.

2.3. LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

La enfermedad psiquiátrica ha existido desde siempre, pero ha sido entendida desde diferentes puntos de vista, ciñéndose a la comprensión de acuerdo con la época en la cual se la ha estudiado. Muchas de las veces, se cometieron injusticias. Recuérdese, en la Edad Media, cuando varios enfermos mentales fueron condenados a la hoguera, víctimas de la inquisición.

En tiempos de la Grecia Antigua, en los albores de la ciencia médica, los trastornos mentales eran considerados como una enfermedad, resultado de un desequilibrio de los humores (bilis negra) llamada melancolía. En aquella época, se aceptaba dicha enfermedad sin discriminación y sin culpabilizar a los pacientes. Estos eran sometidos al mismo tratamiento en igualdad de condiciones que otros enfermos.

La búsqueda de información y las experiencias a través del tiempo han provocado cambios en la forma de concebir y aceptar la enfermedad mental; con la ayuda de las matemáticas y la filosofía (disciplinas empeñadas en encontrar las propiedades universales de la razón) se dan cambios en los conceptos y la enfermedad mental es entendida como una alteración en la capacidad de introspección del individuo. Con frecuencia, se la ha discriminado por sus alteraciones y psicopatologías, considerando, en este caso, que el individuo ha perdido la razón.

El enfermo mental es considerado como un paciente que, en la mayoría de los casos, no se les toma en cuenta sus emociones y experiencias.

La psiquiatría, prácticamente, es una disciplina médica reciente; su desarrollo ha sido más visible durante las últimas décadas y se ha separado tanto de la neurología como de la psicología buscando su propia identidad.²⁸ Según el DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los investigadores actuales afirman que los trastornos físicos y mentales se influyen unos a otros; sin embargo, no se ha podido llegar a una definición que indique claramente los límites del concepto del trastorno mental.²⁹

A los trastornos mentales se les atribuye conceptos como malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etc., siendo cada uno de estos un indicador de un tipo de trastorno mental, pero que no llega a

²⁷Sigmund Freud. Obras Completas, Estudios sobre la histeria, T.I, 1895, p. 39

²⁸ Ricardo José Toro G., y otros. Fundamentos de Medicina, Psiquiatría. 2004, p. 1.

²⁹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Introducción, 1995, p. XXI.

definirlo totalmente. Estos conceptos lo que sí han permitido es que se pueda distinguir entre lo normal y lo patológico.

En el DSM-IV, la enfermedad mental se ha conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.³⁰

Este síndrome no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular; debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas disfuncionales.

La clasificación de los trastornos mentales no clasifica a las personas, sino a los trastornos de las personas que los padecen, como por ejemplo, no se debe decir un esquizofrénico, sino una persona con esquizofrenia.

2.4. DEFINICIONES DE HISTERIA

Si nos remitimos al Diccionario de la Lengua Española, (Espasa-Calpe) al fenómeno de la Histeria este considera dos significados.

1. *f. PAT. Enfermedad nerviosa caracterizada por fuerte ansiedad y reacciones agudas, que puede provocar ataques convulsivos, parálisis y otros trastornos: la histeria provoca trastornos psíquicos.*
2. *Estado pasajero de excitación nerviosa: la histeria colectiva de los exámenes finales.*³¹

Según el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche, la histeria está definida como:

*Clase de neurosis que ofrece cuadros muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestias, parálisis histéricas, sensación de 'bolo' faríngeo, etc.), y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias) [...] La especificidad de la histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (especialmente la represión, a menudo manifiesta) y en el afloramiento del conflicto edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral.*³²

³⁰Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Introducción, 1995, p. XXI.

³¹ <http://www.wordreference.com/definicion/histeria>

³² Jean Laplanche & Jean-Bertrand Pontalis, bajo la dirección de Daniel Lagache. *Diccionario de psicoanálisis*. 171,. Barcelona: Editorial Paidós.

Los trastornos disociativos se caracterizan por una pérdida parcial o completa de la integración psíquica normal, en especial, de la memoria y de la conciencia de la propia identidad o personalidad. Obedecen a un origen probablemente psicógeno y muestran una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles, insoportables o relaciones interpersonales alteradas. Su formulación diagnóstica implica malestar clínico significativo o deterioro en el plano social, laboral o en otras áreas del desarrollo personal. Se conserva intacto el contacto con la realidad.³³

La histeria es una categoría de carácter clínico admitida desde los orígenes de la cultura greco-romana. Sus síntomas han sido descritos y su nombre ha identificado a un problema con connotaciones sexuales y, particularmente, se la había identificado como una enfermedad de las mujeres, ya que el nombre con el que se identifica se relaciona o proviene de útero. Con el transcurso del tiempo, surge la necesidad de delimitar histeria y psicosis, cuando la primera amplía su connotación a crisis histéricas y fenómenos alucinatorios, delirantes y a cambios de personalidad. Solo en el siglo XVII, cuando comienza el desarrollo de la ciencia anatómica y se profundizan los estudios sobre el sistema nervioso, se contempla la enfermedad en la relación útero-cerebro, y, además, se reconoce como la enfermedad que puede afectar tanto a hombres como a mujeres. Cuando Freud escribió un artículo sobre un caso de histeria masculino, este no tuvo acogida entre los colegas de la época. Finalmente, se debe precisar aquí el parentesco que tiene con la Epilepsia.³⁴

La histeria es una:

*Neurosis caracterizada por el polimorfismo de sus manifestaciones clínicas, debiendo distinguirse las fobias, llamadas a veces histeria de angustia de la histeria de conversión. Esta última se distingue clásicamente por la intensidad de las crisis emocionales y la diversidad de los efectos somáticos, ante los cuales fracasa la medicina. El psicoanálisis contemporáneo pone el acento en la estructura histérica del aparato psíquico, engendrada por un discurso, y que da lugar a una economía así como a una ética propiamente histérica.*³⁵

Debemos reconocer que justamente uno de los casos clásicos de histeria es el caso Dora, un análisis fragmentario en el cual se expresa con detalle un historial clínico que demuestra claramente que la causa de las enfermedades histéricas reside en las intimidades de la vida psicosexual de los enfermos y que los síntomas histéricos son la expresión de esos deseos reprimidos. El tratamiento no pudo ser llevado hasta su fin debido a su breve duración (3 meses) y a las dificultades que se presentaron como el silencio intencionado y consciente de la enferma; cuando la paciente calla algo que, por lo general, lo diría en cualquier otra circunstancia pero que se le escapa en el momento del relato y la presencia de amnesias verdaderas. Para facilitar la comprensión del

³³ sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-17.htm –

³⁴ <http://archivosdemedicina.com/files/2/webpgs/mazzuca.htm>

³⁵ Roland Chemama & Vandermersch, Diccionario del Psicoanálisis, Buenos Aires, Edit: Amorrortu S.A., 2004, p. 311

proceso analítico de este caso, Freud hizo uso de algunas hipótesis logrando demostrar el cumplimiento en muchas de ellas.

No se puede esperar, peor aún, exigir en un solo caso el cumplimiento de todas las expectativas, sin embargo, este presenta todas las características de histeria con síntomas somáticos y psíquicos más vulgares y es esto justamente lo que le da mayor valor al estudio, ya que Freud buscó la aclaración de los casos más comunes y de los síntomas típicos más frecuentes.³⁶

2.5. LA HISTERIA

Breuer y Freud investigaron la motivación de los diversos síntomas y formas de la histeria. Para la generalidad de los casos, no fue suficiente el simple examen del enfermo para descubrir la causa o punto de origen del trastorno. Pues, precisamente, los sucesos que el paciente no quiere recordar, son los que están estrechamente vinculados al factor patológico.

Breuer y Freud, en un principio, consideran a la hipnosis como mecanismo necesario para llegar al inconsciente; pues, a través del recuerdo de la época en la que se manifiesta el síntoma, se establece la conexión o explicación de este; de aquí, que el factor accidental posee, en la patología de la histeria, un valor determinante.

El accidente es lo que motiva el síndrome en los casos de histeria traumática. El paciente vive nuevamente en sus ataques histéricos el proceso que originó el trastorno. Esto pone en evidencia su conexión causal. Esta, también, se constata entre los síntomas “idiopáticos” con relación al trauma: neuralgias y anestias, contracturas y parálisis, ataques histéricos, convulsiones epileptoides, vómitos, anorexia, perturbaciones en la visión, alucinaciones visuales. Generalmente, las causas están relacionadas con sucesos de la infancia; esto podemos ver claramente en el caso Dora, en el cual fue necesario retroceder hasta su infancia para buscar en ella influencias e impresiones que pudieron haber ejercido acción análoga a la de un trauma. Sus primeros síntomas nerviosos aparecieron cuando la paciente cumplió ocho años; sin embargo, cuando tuvo sus catorce años, se da un incidente que ejerce sobre ella una acción traumática. K sorprendió a Dora estrechándola entre sus brazos y besándola en la boca y, siendo esta una situación que normalmente es ocasión favorable a la excitación sexual, en ella, ocurre lo contrario y se da una sensación de repugnancia, dándose así una inversión de los afectos, razón suficiente para que Freud catalogara esto como una reacción totalmente histérica, existiendo o no síntomas somáticos.

Es importante que tengamos presente que aquí nos encontramos ante un desplazamiento de sensaciones; en lugar de una sensación genital que estaría dentro de lo normal, se da una excitación de la mucosa labial, provocando en ella la sensación de repugnancia y vómito. Se puede hablar, entonces, de la existencia de otro factor distinto, como el haber relacionado inconscientemente el miembro viril erecto del Sr. K que sintió Dora cuando él la abrazó y besó, con el olor y visión de las heces, tomando en cuenta que, en la época presexual, lo primero que se conoce es la función fisiológica de los genitales,

³⁶ Sigmund Freud, Obras completas, Análisis fragmentario de una histeria, “Caso Dora.” 1905, pp. 933-1002

especialmente, de los masculinos, recordando, así, las funciones de excreción y sabiendo de antemano que sus genitales sirven tanto para la función sexual como para la micción. Esto hace que la repugnancia quede integrada entre las manifestaciones afectivas de la vida sexual.³⁷

En ocasiones, es fácil percibir y deducir la conexión entre el síntoma y la causa que lo originó, mientras que, en otros casos, la conexión existente es simbólica. Pero, hay, también, una serie de síntomas histéricos típicos, tales como la hemianestesia, la disminución del campo visual, las convulsiones epileptiformes que, al comienzo, es difícil determinar la causa, como se puede observar en los casos estudiados en esta investigación.

Lo que sí se puede afirmar es que el trauma síquico es la causa de la neurosis traumática, cuya gravedad depende de la sensibilidad del sujeto.

Es probable que el trauma único sea sustituido por varios traumas parciales y que, solo por su acumulación, podrían llegar a exteriorizar un efecto traumático, cuya única conexión estaría en fragmentos de una misma historia patológica. En otros casos, el trauma psíquico o su recuerdo actúan como si se tratara de un cuerpo extraño, que ejerce una acción eficaz y permanece presente, durante mucho tiempo. Es así que el síntoma puede subsistir independientemente.

Aquí podemos ver otro de los síntomas histéricos de Dora, su cojera, en la que se nota claramente un proceso de desplazamiento. La dificultad para avanzar con su pie derecho era tomada, en un principio, como una secuela de una apendicitis que, curiosamente, había coincidido con dicho ataque, nueve meses después de la escena junto al lago, la cual fue considerada por la paciente como un “mal paso”, puesto que inconscientemente lamenta el desenlace de aquella escena que pudo ser distinta, si las cosas con el Sr. K se daban de otra manera (es probable que hubiese ocurrido “algo”). Esta situación lleva a Dora a buscar en enciclopedias todo lo referente a un embarazo; es por esto que se cree que dicha apendicitis cumple con la fantasía de un parto. Para confirmar dicha hipótesis fue necesario acudir a relatos de la paciente, cuyos datos de la vida infantil debían integrarse y servir de antecedente y modelo (la caída de las escaleras y las lecturas a las que tenía acceso para saciar su curiosidad).³⁸

Los investigadores Breuer y Freud refieren haber hallado, en un inicio, que los síntomas histéricos podían desaparecer e, incluso, definitivamente, si es que se lograba despertar vívidamente el recuerdo del proceso provocador y, con él, el afecto concomitante por un lado y, por otro, si el paciente podía describir minuciosamente el proceso, logrando dar forma verbal al afecto.

El recuerdo sin afecto carece de eficacia, por lo general. Se requiere fundamentalmente que el proceso psíquico primitivo sea repetido lo más fidedignamente. Esta reproducción revivida provoca tal excitación, que hace posible que desaparezcan inmediata y definitivamente: convulsiones, neuralgias, alucinaciones, etc.

³⁷ Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p.p. 946-948

³⁸ Ibid., El segundo sueño, p.p. 990-991

2.6. ESTUDIO SOBRE LA HISTERIA

2.6.1. EL RECUERDO

El paciente histérico posee reminiscencias. Extraña que el recuerdo, motivo del proceso causal, actúe durante largo tiempo y pierda el afecto como otros recuerdos. Aquí cabe precisar que para que esto ocurra, existen varios factores:

1. Reacción enérgica del sujeto al suceso estimulante.
2. Reacción reprimida del sujeto al suceso estimulante.

La reacción del sujeto se define como la cadena de reflejos de carácter voluntario e involuntario, pudiéndose considerar el llanto, el acto de venganza como una forma de descarga de los afectos. Este es el recurso del que hace uso el individuo sano para destruir los efectos de un trauma psíquico. Además, se puede lograr anular el afecto del recuerdo a través de la asociación, cuando el recuerdo de un agravio, que no ha sido castigado, es corregido a través de la enmienda o rectificación del acto. Súmese a estos mecanismos, también, los olvidos.

En el segundo caso, el sujeto no logra responder por medio ni de palabras ni de actos; su descarga por reacción no se produce y el afecto permanece en el recuerdo, constituyéndose en la causa de los fenómenos histéricos. Los recuerdos, en este caso, se conservan nítidos, cargados del afecto y están ausentes en la memoria del paciente. Aquí, la falta de la reacción hace que el afecto se una al recuerdo. Una ofensa castigada, aunque únicamente sea con palabras, es diferente a otra que fue aceptada y sin protesta.

Se puede afirmar que:

La reacción del sujeto al trauma sólo alcanza un efecto «catártico» cuando es adecuado; por ejemplo, la venganza. Pero el hombre encuentra en la palabra un subrogado del hecho, con cuyo auxilio puede el afecto ser también casi igualmente descargado por reacción (Abreagiert). En otros casos es la palabra misma el reflejo adecuado a título de lamentación o de alivio del peso de un secreto (la confesión).³⁹

Para ilustrar lo que se afirma, podemos tomar un ejemplo del caso Dora.

Uno o dos días antes de la escena, a orillas del lago, la institutriz de los K le contó a Dora que, durante una temporada en que estaba ausente la esposa del Sr. K fue seducida por él insistentemente, asegurándole que su mujer no era nada para él, y que K. dejó de ocuparse de ella al poco tiempo de haberse entregado a él, consiguiendo así el odio de la muchacha como producto de aquel engaño.

Se deduce, entonces, que el motivo de la bofetada que Dora dio al Sr. K cuando este le hizo su declaración de amor a orillas del Lago, no fue la rabia porque un hombre

³⁹ http://www.robertexto.com/archivo15/freud_fenom_hister.htm

casado se atrevió a hacerle tal proposición, sino un impulso de celos y venganza ante la frase “mi mujer no es nada para mí” porque la hizo sentir igual que aquella institutriz, como si fuera su empleada, hiriendo su orgullo y provocando sus celos al escuchar que el Sr. K le repetía las mismas palabras que antes le había dicho a su institutriz cuando la sedujo.⁴⁰

2.6.2. LA HIPNOSIS

Para Freud, la hipnosis, en una época, constituyó una herramienta fundamental para el diagnóstico de sus pacientes, ya que ella permitía que los recuerdos regresaran al presente en forma intacta. Se hace referencia a los recuerdos traumáticos, cuya descarga por reacción no se ha producido, debido a dos motivos.

1. Cuando la descarga no se produce debido a la naturaleza del trauma que inhabilita su reacción: pérdidas irreparables, personas afectivamente relacionadas con el sujeto, imposiciones sociales que imposibilitan cualquier reacción o represión consciente, sucesos que el enfermo quiere olvidar por eso los inhibe y los suprime; lo que conduce al fundamento de los fenómenos histéricos, comunes en los santos o en las religiosas, mujeres en continencia y niños educados con severidad.
2. La segunda causa no está determinada por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos con los que ha coincidido en el enfermo dichos sucesos. Aparecen representaciones que, en apariencia, carecen de importancia, pero que son causa de los síntomas histéricos porque estos afloraron en efectos paralizantes, considerados graves. Tal es el caso del sobresalto y en estados anormales: semihipnótico o autohipnosis. Es la naturaleza de estos estados los que impidieron reaccionar al individuo. En ocasiones, las dos causas coinciden muchas veces. Es común en ambos casos que en los traumas no descargados por reacción se vea, también, negada la descarga por elaboración asociativa.

En síntesis, se puede decir que las representaciones patógenas permanecen frescas y plenas de afecto porque no tienen el desgaste común a través de la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación no cohibida.⁴¹

2.6.3. DOBLE CONCIENCIA

Al considerar a los traumas psíquicos como causantes de los fenómenos histéricos, se habla de situaciones anormales de conciencia, que se manifiestan a través de una disociación de la conciencia. Estados anormales de conciencia, que se identifican con el calificativo de “hipnoides”, fenómeno fundamental de esta neurosis.

⁴⁰Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p. 993.

⁴¹ Op. Cit., Obras Completas, Estudios sobre la histeria, El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, T. I, 1893, p.p. 45-46.

Los estados hipnoides consideran la condición básica de la histeria. En ellos, las representaciones son muy intensas, pero se hallan excluidas del contenido de la conciencia. Dichos estados pueden asociarse y el contenido de sus representaciones puede alcanzar diferentes grados de organización psíquica. La naturaleza de estos estados y su exclusión de los demás procesos de la conciencia podrían variar, de la misma forma como varía la hipnosis, que se presenta desde la más leve somnolencia hasta el sonambulismo, desde el recuerdo total hasta la amnesia absoluta.

Cuando tales estados hipnoides existen antes de que se manifieste la enfermedad, estos constituyen el escenario donde el afecto instala el recuerdo patógeno, con todos sus fenómenos somáticos. Esto es lo que se denomina predisposición a la histeria.

Como resultado de las observaciones de Breuer y Freud, una histeria psíquicamente adquirida sería provocada por un trauma grave o una represión manifestada a través de una disociación de grupos de representaciones, que se pueden presentar en personas sanas bajo la denominación de los sueños diurnos, proclives en las mujeres que realizan manualidades.

Se ha podido observar que, entre el grupo de pacientes histéricos, se encuentran individuos muy inteligentes, con gran voluntad, de carácter enérgico y con cierto juicio crítico. Estas personas solo aparecen enajenadas de su realidad en sus estados hipnoides.

2.6.4. LOS ATAQUES HISTÉRICOS

Un ataque histérico completo, según Charcot, mostraría 4 fases:

1. La Epileptoide.
2. La de los grandes movimientos.
3. La de las actitudes pasionales (la fase alucinatoria) y
4. La de delirio final.

La diferencia entre un ataque histérico y el gran ataque completo radica en la ausencia de una de estas fases, su aparición de manera aislada o su duración, que puede ser mayor o menor.

Si la fase de las actitudes pasionales aparece con intensidad, se genera la reproducción alucinatoria de un recuerdo que impulsa la explosión de la histeria.

Hay casos en los que no está presente la fase pasional y se manifiesta a través de los fenómenos motores, contracciones, rigidez cataléptica... y, si en estos casos, durante la hipnosis, se procura provocar el ataque, se confirma que en su base está el recuerdo del trauma psíquico o de una serie de traumas. Tal es el caso, en la presente investigación, de María, a quien se le aplicó la terapia con los muñecos anatómicos.

Las observaciones han mostrado que un determinado recuerdo que es motivo de los ataques se anula cuando por medio de la sugestión médica se llega tanto a la reacción

como a la rectificación asociativa. Tres son las interpretaciones que se dan a los fenómenos motores del ataque histérico:

1. Son considerados normas generales de reacción del afecto vinculado al recuerdo.
2. Se los relaciona como movimientos expresivos unidos directamente al recuerdo.
3. Se los reconoce como síntomas permanentes o estigmas histéricos.

Según la teoría enunciada anteriormente, sobre la histeria existen grupos de representaciones nacidos en estados hipnoides con asociaciones relacionadas entre sí, que representan una segunda conciencia.

El síntoma histérico permanente corresponderá entonces a una extensión de este segundo estado a la inervación somática, regida en cualquier otro momento por la conciencia normal, y el ataque histérico testimoniará una superior organización de este segundo estado y significará, siendo aislado, un momento en el que dicha conciencia hipnoide se ha apoderado de toda existencia, o sea una histeria aguda.⁴²

Al respecto, Charcot ha manifestado que:

[...] el ataque histérico sería el rudimento de una condition seconde. Durante el ataque, el dominio sobre la inervación somática aparece transferido a la conciencia hipnoide. Sin embargo, la conciencia normal no queda anulada totalmente mientras tanto, y puede incluso percibir los fenómenos motores del ataque, al paso que los procesos psíquicos del mismo escapan a su percatación.⁴³

Una histeria grave atraviesa un proceso: se forma, primero, un contenido de representaciones, en estados hipnoides; después, se apodera de la inervación somática y de la vida del individuo.

Aparece un período de histeria aguda, donde se crea síntomas duraderos y ataques. Luego, desaparecen, pero dejan algunos residuos. Si la persona logra retomar el dominio de sí mismo, dichos restos supervivientes del contenido hipnoide de representaciones regresan en ataques histéricos y, temporalmente, puede retornar a estados análogos.

A menudo, en esta situación se establece un cierto equilibrio entre los grupos psíquicos reunidos en el mismo individuo. El ataque y la vida normal pueden caminar juntos sin influencia entre sí. El ataque suele surgir espontáneamente, tal como lo hacen los recuerdos; pero, también puede ser provocado del mismo modo, según las leyes de la asociación.

⁴² http://www.robertexto.com/archivo15/freud_fenom_hister.htm

⁴³ http://www.robertexto.com/archivo15/freud_fenom_hister.htm

El ataque puede producirse de la excitación de una zona histerógena o de un nuevo hecho similar al patógeno. A veces, el equilibrio aparece como muy estable y el ataque se manifiesta como el resto de conciencia hipnoide; esto, debido a que la persona sufre una disminución de su capacidad funcional. Además, el ataque puede surgir como una reacción motora simplemente.

Esto se puede evidenciar al considerar la sesión en la que Freud hace la interpretación de la tos nerviosa de Dora utilizando una hipótesis en la que dice darse una situación sexual fantaseada totalmente inconsciente, que iniciaba con un cosquilleo en la garganta y que, finalmente, expresaba una situación de satisfacción sexual, explicación que fue escuchada en silencio por la paciente, cumpliéndose así lo que Freud asegura en su teoría que, por medio de la sugestión médica, se llega tanto a la reacción como a la rectificación asociativa, como sucede en este caso. Poco tiempo después de la sesión, se da la desaparición completa de la tos como para confirmar la hipótesis planteada al inicio de dicha sesión. (Presentándose la tos espontáneamente en contadas situaciones).⁴⁴

2.6.5. EL MÉTODO PSICOTERAPÉUTICO

La salida que tiene la representación no descargada a través de la palabra tiene un efecto terapéutico que anula la eficacia de dicha representación y que puede lograrse, conduciéndola a la corrección asociativa a través de su atracción a la conciencia normal o hasta su total supresión a través de la sugestión médica, tal es el caso del sonambulismo con amnesia.

En una época, se consideró un importante progreso terapéutico, la aplicación de la hipnosis. El avance que se ha tenido es el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, transitando el sendero abierto por Charcot, quien es el primero en explicar las parálisis histero-traumáticas. Lo que se ha hecho hasta ahora es apenas abordar muy sutilmente la etiología de la histeria, pero no sus causas.

2.7. EL MECANISMO PSÍQUICO DE LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS

Breuer y Freud, para explicar los fenómenos histéricos, consideran imprescindible partir de una disociación, una escisión del contenido de la conciencia.

Un trauma produce una división dentro de la psiqué; esta escisión establece la diferencia entre el consciente y el inconsciente. El objetivo para los dos investigadores es la catarsis. En un principio, los dos creían que, a través de la hipnosis, el paciente es inducido a reproducir el trauma. Vuelve a vivir un estado síquico, es un retorno al recuerdo. Si el afecto se libera y se descarga, hay éxito. Siendo así, las representaciones inconscientes se integran a las asociaciones conscientes de carácter normal. En esta época, la fundamental preocupación se centra en verbalizar o poner en palabras aquellos restos mnémicos del trauma.

⁴⁴Sigmund Freud. Obras Completa, Anaálisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p. 958

Ahora bien, en este punto vale precisar que, en la experiencia de Freud, no se logran producir las verbalizaciones finales porque los pacientes presentan una especie de cadenas asociativas que remiten a traumas anteriores, siendo estos de carácter sexual, lo que produjo impacto en el siglo XIX.

La teoría se podría sintetizar en tres puntos básicos:

1. El contenido de un ataque histérico (recurrente) es volver a vivenciar un estado psíquico ya experimentado anteriormente.
2. El contenido del ataque histérico lo constituye el recuerdo, cuya vivencia desencadena la histeria, es decir, el trauma psíquico.
3. El recuerdo, que conforma el contenido del ataque histérico, se caracteriza por ser inconsciente; pertenece al estado segundo de conciencia.

Cuando la persona histérica quiere olvidar una vivencia intencionalmente, repudia, inhibe y suprime violentamente alguna intención, una representación; estos fenómenos psíquicos ingresan en el estado segundo de conciencia, desde donde se producen sus efectos permanentes y su recuerdo aparece como ataque histérico.

A este estado segundo de conciencia, llegan todas las impresiones recibidas en el transcurso de estados psíquicos extraordinarios: tal es el caso de las conmociones afectivas, estados de éxtasis, autohipnosis.

Las experiencias psíquicas que constituyen el contenido de los ataques histéricos tienen una característica en común. Son impresiones privadas de una descarga debido a varios factores: miedo a conflictos psíquicos dolorosos, debido al pudor, a las circunstancias sociales o porque sufrieron esas impresiones en circunstancias, donde el sistema nervioso no fue capaz de enfrentar la solución.

Trauma síquico es toda impresión no resuelta por medio del pensamiento asociativo o de la reacción motriz.

En el siguiente síntoma del caso Dora, se dan cadenas asociativas como producto de su afán por olvidar vivencias anteriores, siendo esta la causa para que ciertos fenómenos psíquicos ingresen en un estado segundo de conciencia provocando la cojera de Dora.

La cojera en si es un síntoma extraño como consecuencia de una apendicitis, cuanto más si no se había repetido el dolor abdominal, a pesar de que tuvo fiebre que al parecer fue coincidencia con alguna causa orgánica circunstancial; probablemente, se debía a una gripe. Esto tiene estrecha relación con la dificultad de caminar que sentía como síntoma inconsciente a causa de la bofetada que dio Dora al Sr. K cuando este le hizo su declaración de amor en la escena del lago, situación que culpabilizó a Dora de tal modo que la hizo sentir que dicha actitud fue como un “mal paso”, cuyo desenlace obvio debía ser un parto, luego de los nueve meses de la escena del lago. A esto se suma que Dora había leído en una enciclopedia todo lo referente a los síntomas de una apendicitis que no tiene nada de malo como para que se sienta culpable por ello, sin embargo, se cree que se da un proceso de desplazamiento cuando conjuntamente se da otro tipo de

lecturas que sí la hacían sentir culpable (sobre el embarazo que pudo darse, si la situación con el señor K hubiese sido diferente).⁴⁵

2.8. LA COMPULSIÓN HISTÉRICA

Los casos de histeria están sometidos a una compulsión ejercida por ideas hiperintensas. La emergencia de estas ideas hiperintensas tiene resultados que, por una parte, no pueden ser suprimidos y, por la otra, no pueden ser comprendidos: desencadenamientos de afectos, inervaciones motrices, inhibiciones. En ningún momento, el individuo carece de endospección (insight) en cuanto al extraño carácter de la situación en que se encuentra aprisionado.

Las ideas hiperintensas histéricas son extravagantes; no producen efecto en otras personas y no es comprensible su importancia; se podría decir que son ridículas.

La compulsión histérica se caracteriza por ser:

1. Incomprensible.
2. Refractaria a toda elaboración intelectual.
3. Incongruente en su estructura.

El resultado de los análisis demuestra que una compulsión histérica queda resuelta en cuanto es explicada, en cuanto se vuelve comprensible.

Antes del análisis, A es una idea hiperintensas que irrumpe demasiado frecuentemente a la conciencia y que, cada vez que lo hace, provoca el llanto. El sujeto no sabe porque A le hace llorar; considera que es absurdo, pero no puede impedirlo.

Después del análisis, se ha descubierto que existe una idea B, que con toda razón es motivo de llanto y que con toda razón se repite a menudo, mientras el sujeto no haya realizado contra ella cierta labor psíquica muy complicada. El efecto de B no es absurdo, le resulta comprensible al sujeto y aún puede ser combatido por él.

B guarda cierta relación particular con A, pues alguna vez hubo una vivencia que consistía en B+A. En ella, A era solo una circunstancia accesorio, mientras que B era perfectamente apta para causar dicho efecto permanente. La reproducción de este suceso en el recuerdo se lleva a cabo ahora como si A hubiese ocupado el lugar de B. A se ha convertido en un sustituto, en un símbolo de B. De ahí, la incongruencia: A es acompañada de consecuencias que no parece merecer, que no se le adecuan.⁴⁶

⁴⁵Sigmund, Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria, (Caso Dora) segundo sueño, T.I, p.p. 990-991

⁴⁶Sigmund, Freud. Obras Completas, T.I, Proyecto de una psicología para neurólogos, Segunda parte: Psicopatología, La compulsión histérica, 1895-1950, p. 249.

Es normal que se dé la formación de símbolos. Será normal si es aceptado por la sociedad. Por ejemplo: Si un soldado se sacrifica por un trapo de colores llamado bandera, puesto que esta es considerada un símbolo patrio, es plenamente justificado.

El símbolo será considerado histérico si va contra de lo que es considerado normal para la sociedad o que de lo que son consideradas ideas extrañas. Ejemplo: “*El caballero que se bate por el guante de su dama...*”.⁴⁷ En una persona normal se sabe que la importancia del guante se debe a la importancia de la dama y su veneración al guante no le impide pensar, también, en la dama. El histérico que llora a causa de **A** no se percató de que se debe a la asociación de **A-B** y que **B**, en sí misma, no desempeña ningún papel en su vida psíquica. En el histérico, la cosa ha sido totalmente sustituida por el símbolo.

A todo esto se puede decir que le corresponde la condición de que **A** es compulsiva y que **B** está reprimida, al menos, de la conciencia. Del análisis se concluye que a cada compulsión le corresponde una represión, que para cada irrupción excesiva a la conciencia, existe una amnesia correspondiente.

El término “hiperintenso” traduce características cuantitativas y la represión tiene un sentido cuantitativo de una sustracción de cantidad, así, la suma de ambos, compulsión y represión equivaldría a lo normal; se diría, entonces, que solo la distribución estaría alterada. Algo se le ha agregado a **A**, que le ha sustraído a **B**; siendo así el proceso patológico un proceso de desplazamiento.

2.8.1. GÉNESIS DE LA COMPULSIÓN HISTÉRICA

Las experiencias clínicas a las que hace referencia Freud enseñan dos hechos:

Primero, que la represión afecta, exclusivamente, a ideas que despiertan en el **yo** un afecto penoso (displacer).

Segundo, que dichas ideas pertenecen al dominio de la vida sexual.

Se afirma, por lo tanto, “*que es ese afecto displacentero el que impone la represión, pues ya se ha admitido la existencia de una defensa primaria que consistiría en la inversión de la corriente cogitativa (corriente intelectual) apenas tropieza con una neurona cuya catexia desencadena displacer*”.⁴⁸

2.9. LA DEFENSA PATOLÓGICA

Por lo general, se evita pensar en cosas desagradables y esto es muy normal puesto que causa displacer; esto se consigue dirigiendo los pensamientos a otras cosas, sin duda, positivas y agradables; sin embargo, nunca se logra olvidarla totalmente. Se podría decir que se conserva en el subconsciente, de tal manera, que alguna nueva percepción se podría volver a recordarla, es decir, se tiene pleno conocimiento de dicha situación (**B**).

⁴⁷Sigmund, Freud. Obras Completas, T.1, Proyecto de una psicología para neurólogos, Segunda parte: Psicopatología, La compulsión histérica, 1895-1950, p. 249.

⁴⁸Op. Cit., Obras Completas, T. 1, p.250.

Se puede decir, también, que hay personas que saben eludir un conflicto falseando de manera arbitraria su percepción de la más evidente realidad.

En la histeria, se da igual situación con la diferencia de que lo que se torna consciente. Es **A** (idea hiperintensa, absurda, llanto incontrolable) en lugar de **B** (intolerable, es motivo de llanto) dándose así una mayor intensidad del afecto defensivo y una simbolización; es esta la que constituye la función que excede a la defensa normal, sin embargo, se puede ver que en la realidad, los recuerdos más penosos (de mayor displacer) no siempre pueden ser reprimidos y reemplazados por símbolos. Debería buscarse, también, por otra parte su explicación en la sexualidad en la cual se considera muy difícil admitir que los afectos sexuales penosos superen tan ampliamente en intensidad a todos los demás afectos displacientes, por lo tanto, sería prudente que, antes de iniciar un tratamiento de una persona con síntomas histéricos, se esté convencido de la necesidad de tratar asuntos sexuales, siendo inevitable profundizar en las cuestiones de la vida sexual normal o anormal ya que, de esta manera, se ayudará a traducir a lo consciente aquello que ya inconscientemente sabe la paciente. Es importante recordar que la represión histérica se da con ayuda de la simbolización, del desplazamiento a otras neuronas. El proceso de represión sigue siendo la clave del enigma.⁴⁹

Esto se puede aclarar con ejemplos del caso “Dora”, quien había padecido una serie de síntomas con una aparición y desaparición de fenómenos patológicos que coincidían con ciertos eventos de su vida y que delataban, así, la existencia de afectos concomitantes. Por ejemplo: “La afonía de Dora permitía, por tanto, la siguiente interpretación simbólica: cuando el hombre amado estaba ausente, renunciaba ella a hablar; el habla no tenía ya para ella valor alguno, puesto que no le servía para comunicarse con él. En cambio adquirió mucha más importancia la escritura, como el único medio de continuar su relación con el ausente”.⁵⁰

Se debe buscar detrás de la interpretación psicoanalítica, el factor orgánico del que partió la colaboración somática; algún órgano del cuerpo debió facilitar la expresión del amor a un hombre temporalmente ausente. Otro de los síntomas de Dora, la tos nerviosa, es interpretado como la expresión de una situación sexual fantaseada, cuando ella trataba de explicarse como la Señora de K amaba a su padre, a quien consideraba un hombre impotente. Así encuentra una explicación que para ella es lógica, “Sabía dijo, que había más de una forma de satisfacción sexual, refiriéndose al empleo de órganos distintos de los genitales en el comercio sexual”⁵¹, coincidiendo así, con aquellos órganos que en ella se hallaba en estado de excitación, la boca y la garganta, de esa manera se hacía más obvia la reproducción de dicho síntoma. Aquel cosquilleo en la garganta expresaba un desplazamiento de la satisfacción sexual.⁵²

⁴⁹Sigmund Freud. Obras Completas, T.I, Proyecto de una psicología para neurólogos, Segunda parte: Psicopatología, La compulsión histérica, 1895-1950, p.251.

⁵⁰Op. Cit.,Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p. 954

⁵¹Op. Cit., Obras Completas, T.I, p. 958.

⁵²Op. Cit., Obras Completas, T.I, p. 958.

2.10. LA PRIMERA MENTIRA DEL HISTÉRICO

Es importante estar dispuestos a comprobar la intervención de condiciones psíquicas particulares. Los resultados de los estudios señalan que ello ocurre en la esfera de la sexualidad. Se afirma que en esta existe una constelación psíquica particular.

La compulsión histérica se inicia por la simbolización y la fuerza impulsora de este proceso es la defensa por parte del yo.

Una experiencia en sí puede parecer incomprensible, absurda, pero es posible que dicha vivencia entrañe básicamente reproches o sentimiento de culpa que se arrastran de vivencias infantiles desagradables, pero que se da un hecho totalmente incongruente porque algo le gustó; es muy probable que el individuo sienta como si él mismo hubiera provocado dicha situación, por ello, es necesario combinar las escenas de todos los recuerdos que pudieron no estar presentes el momento de la vivencia y establecer un eslabón asociativo entre ellos. Es muy probable que durante dicha vivencia aflore un recuerdo que produzca un desencadenamiento sexual que antes no se dio porque ahora es facilitado por su desarrollo y cambios propios de la pubertad, pero que se convierte en angustia, esta le hace temer que se vuelva a repetir el atentado y el individuo reacciona.

*“Un recuerdo despierta un afecto que no pudo suscitar cuando ocurrió en calidad de vivencia, porque en el interin las modificaciones de la pubertad tomaron, posiblemente, una nueva comprensión de lo recordado”.*⁵³

En la represión histérica, siempre se reprime un recuerdo, el mismo que solo, posteriormente, llega a convertirse en un trauma. El motivo de todo esto radica en el retardo de la pubertad con respecto al resto del desarrollo del individuo. Por ejemplo: se da una vivencia “X” en la que una niña no quiere entrar en una tienda por temor a que dos hombres que se encontraban ahí se burlen de sus vestidos. Buscando las causas de ello, se ve que si a la vivencia “X” se la combina con la escena del primer recuerdo, solamente se necesita establecer el eslabón asociativo entre ambas, un elemento común que es un símbolo: el vestido.

La vivencia es tan fuerte que le produce la evocación inconsciente de un recuerdo de la escena del primer recuerdo. Hay un segundo recuerdo en donde se repite la experiencia de la primera escena; pero, entre tanto, ella se ha vuelto púber y el recuerdo despierta cosas que, sin duda, no pudo hacer, cuando ocurrió el evento. Hay un desencadenamiento sexual que se convierte en angustia. Esta le produce el temor de que vuelva a repetirse el atentado.

El hecho de que el desencadenamiento sexual ha ingresado en la conciencia se demuestra en la idea de que se sintió atraída por el “probable agresor”, en quien encontró algo en común con el agresor de la primera escena (risa). Aquí se da un

⁵³ Sigmund Freud. Obras Completas, Proyecto de una psicología para Neurólogos, Primera mentira histérica T. I, 1895-1950, p. 254.

proceso asociativo en el cual está presente un elemento (símbolo) que entra en la conciencia y el pensamiento consciente operante; se establece, en este caso, dos conexiones falsas en el material respectivo.

1. Que se riera de ella, y
2. Que se sintiera sexualmente excitada por el hombre de la vivencia “X”.

El complejo está representado totalmente por la idea de un inocente símbolo, el vestido, pero es, justamente, ahí donde se produce una represión acompañada de simbolización, siendo la presencia del síntoma muy lógica.

El elemento que ingresa en la conciencia sería aquel que despierta especial interés, sin embargo, hay ocasiones en que ingresa otro, en calidad de símbolo y se cree que la causa para ello fue el desencadenamiento sexual del que, también, hay pruebas en la conciencia.⁵⁴

En el análisis del primer sueño del caso Dora en donde hace alusión al momento en que dice: “*Mi padre ha acudido a mi alcoba a despertarme y está en pie a lado de mi cama*”, se puede ver claramente que su sueño fue efecto inmediato de sucesos ocurridos con K, puesto que, en realidad, lo que pasó fue que luego de un paseo por el lago, que Dora dio al mediodía en compañía del Sr. K, fue a descansar como era costumbre hacerlo luego del almuerzo, pues bien, lo hizo en un sofá de la alcoba del matrimonio de los K. De pronto despertó de un sobresalto y vio a K de pie junto al sofá; como en el sueño, vio a su padre junto a la cama; cuando Dora le pregunta qué hacía allí, él le responde que buscaba algunas cosas y que, además, nadie podía impedir que él entrara puesto que era su habitación. Esto hizo que la muchacha tomara la precaución de cerrar con llave la habitación al momento de la siesta, hasta que su llave desapareció y tenía la plena seguridad de que fue el Sr. K, quien la cogió. Este parecía ser el motivo para que Dora pierda la tranquilidad y quiera abandonar dicha casa. Sin embargo, en el análisis de dicho sueño fue indispensable buscar un eslabón asociativo para lo cual fue fundamental tomar en consideración: vivencias infantiles, sentimientos de culpa, hechos incongruentes, es decir, había que buscar el motivo para que se dé dicho desencadenamiento sexual que luego se convirtió en angustia.⁵⁵

2.10.1. CONDICIONES DETERMINANTES DE LA PRIMERA MENTIRA HISTÉRICA

Un recuerdo despierta un afecto que no le acompañó cuando era vivencia, debido a que el retardo de la pubertad constituye una característica general del desarrollo.

Todo adolescente lleva en sí rastros propios que pueden comprendérselos una vez que despierten sus propias sensaciones sexuales. “*Toda persona adolescente, pues, lleva en*

⁵⁴Sigmund Freud. Obras Completas, Proyecto de una psicología para Neurólogos, Primera mentira histérica T. I, 1895-1950, p. 254.

⁵⁵ Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p.p.967-969

sí el germen de la histeria”,⁵⁶ siendo necesaria la intervención de otros factores para que esta se dé, puesto que solo pocas personas se vuelven histéricas.

*Lo perturbador en un trauma sexual es, sin duda, el desencadenamiento afectivo, y la experiencia nos enseña que los histéricos son personas de las que sabemos que, en unos casos, se han tornado prematuramente excitables en su sexualidad, por estimulación mecánica, y emocional (masturbación), y de las que, en otros casos, podemos admitir que poseen una predisposición al desencadenamiento sexual precoz. El comienzo prematuro del desencadenamiento sexual y la intensidad prematura del mismo son, a todas luces, equivalentes, de modo que esta condición queda reducida a un factor cuantitativo.*⁵⁷

La perturbación del pensamiento psíquico normal depende de dos condiciones:

- La primera, que el desencadenamiento sexual arranque de un recuerdo, en lugar de una vivencia.
- Segundo, que el desencadenamiento sexual ocurra prematuramente.

Sin embargo, dicha perturbación puede hallarse ya preformada en la normalidad.

2.11. ETIOLOGÍA DE LA HISTERIA

Antiguamente, (1896) se creía que la única causa para la histeria era la herencia. Por lo general, la emergencia de los síntomas neuróticos es atribuible a influencias patógenas encubiertas por su falta de comprensión científica de las influencias etiológicas.

Así como los médicos pueden llegar a un diagnóstico con mayor independencia de los datos del enfermo, guiándose por sus características visibles y sin que le haga dudar la opinión del paciente: *“En la histeria existe asimismo tal posibilidad de llegar al conocimiento de las causas etiológicas partiendo de los síntomas”*,⁵⁸ es decir, partiendo de las pistas o de los restos visibles para llegar a descubrir la parte oculta.

Es importante para el terapeuta tener en cuenta que debe someter al paciente a un examen minucioso y crítico sin permitir desviar su atención para determinar la etiología de la neurosis. Lo que se pretende es reconocer la veracidad de los datos que se hacen presentes constantemente en las manifestaciones de los enfermos.

Breuer plantea que *“Los síntomas de la histeria (con excepción de los estigmas) derivan su determinación de ciertos sucesos de efectos traumáticos vividos por el enfermo y reproducidos como símbolos mnémicos en la vida anímica del mismo”*.⁵⁹

⁵⁶Sigmund Freud. Obras Completas, Proyecto de una psicología para Neurólogos, Primera mentira histérica T. I, 1895-1950, p. 254.

⁵⁷Ibid.

⁵⁸Op. Cit., Obras Completas, La Etiología de la histeria, T.I, 1896, p. 299.

⁵⁹ Ibid., p. 300.

Para lograr la desaparición del síntoma, se conduce al paciente a la reproducción de la experiencia traumática, logrando una especie de rectificación posterior del proceso psíquico.

Es importante tomar en cuenta que la referencia de un síntoma histérico a una escena traumática nos ayudará a comprender mejor su etiología cuando aquella escena cumpla dos condiciones esenciales: debe poseer, por un lado, la adecuación determinante y, por otro, la fuerza traumática suficiente.

1. Se considera la “adecuación determinante”, cuando el analista se refiere al suceso que provoca en el paciente una reacción muy justificable. Por ejemplo: El vómito provocado al contemplar un cadáver en descomposición; pero, si el vómito se debe a un fuerte sobresalto que lo experimentó en un accidente, se diría que carece de adecuación determinante.
2. Fuerza traumática suficiente, cuando la intensidad del suceso no sea aparentemente la causa para fijarse en un síntoma histérico. Por ejemplo: El hecho que una niña no quiera entrar en una tienda, por temor a que dos hombres que se encuentran ahí se burlen de sus vestidos. Cuando esto sucede, se debe avanzar con el análisis por el mismo camino. Es muy probable que, detrás de la primera escena traumática, se encuentre escondido el recuerdo de otro suceso que aporte, de mejor manera, al efecto terapéutico.

Es de advertir “*que la continuación del análisis conduce siempre a la reproducción de nuevas escenas, que muestran ya los caracteres esperados*”.⁶⁰ De esta manera, el material que se obtiene en una primera instancia es como un primer eslabón de una cadena, es como un anillo de la concatenación asociativa, que nos permitirá llegar desde el síntoma histérico a la auténtica escena traumática. Es este el objetivo desde el punto de vista terapéutico como desde el punto de vista analítico.

Cuando el análisis avanza, las nuevas escenas se enlazan, tal como se armara un rompecabezas, todo encaja como si la acción conjunta de las escenas hiciera posible el cumplimiento de dichos postulados al complementarse la una con la otra. Del ejemplo anterior, se puede decir que, aparentemente, en un principio, el vómito histérico se debía al sobresalto sufrido por el enfermo en un accidente y, cuando se continúa con la investigación analítica, se descubre que aquel accidente despertó, en el sujeto, el recuerdo de otro suceso anterior en el que vio los cadáveres destrozados, que le causaron horror y repugnancia.

En todo caso, la cadena de asociaciones siempre tiene más de dos elementos y las cadenas traumáticas no forman series simples, sino conjuntos ramificados de estructura arbórea, ya que en cada nuevo suceso actúan dos o más recuerdos anteriores.

Freud nos da una base de una teoría psicoanalítica de la histeria y dice: “*que ningún síntoma histérico puede surgir de un solo suceso real, pues siempre coadyuva a la*

⁶⁰Sigmund Freud. Obras Completas, La Etiología de la histeria, T.I, 1896, p. 302

*causación del síntoma el recuerdo de sucesos anteriores asociativamente despertados”.*⁶¹

Cuando se parte de un caso que presenta varios síntomas, en un principio, las diversas concatenaciones asociativas siguen cursos retrógrados independientes; pero, a medida que el tratamiento analítico avanza, de todas las ramificaciones que parten de una escena se enlazan simultáneamente dos o tres recuerdos de los cuales surgen concatenaciones laterales que se enlazan asociativamente con elementos de la cadena principal, formando así un esquema.

Otro caso es, que una sola escena puede ser despertada varias veces en la misma cadena, al presentar, de esta manera, múltiples relaciones con otra escena posterior; mostrando un enlace directo con ella y otro con elementos intermedios.

Nuevas complicaciones nos señalan que *“las cadenas asociativas de los distintos síntomas comienzan a enlazarse entre sí. En determinados sucesos de la cadena de recuerdos correspondiente, es despertado, a más de los elementos regresivos de estas escenas, un recuerdo perteneciente a otra distinta, que fundamenta otro síntoma diferente”.*⁶²

Es por esto, que, a partir de cierto momento, aparecen juntos los dos síntomas, en una especie de simbiosis, pero sin dependencia interior entre sí. Simbólicamente, se podría decir, entonces, que se forman en una cadena.

Todo esto nos sirve para aclarar que *“cualquiera que sea el síntoma que tenemos como punto de partida, llegamos indefectiblemente al terreno de la vida sexual”.*⁶³

Freud afirma:

*Solo laboriosas investigaciones, llevadas a cabo con la más extremada minuciosidad, han podido convertirme –y muy lentamente, por cierto– a la opinión que hoy sustento. Mi afirmación de que la etiología de la histeria ha de buscarse en la vida sexual se basa en la comprobación de tal hecho en 18 casos de histeria y con respecto a cada uno de los síntomas; comprobación robustecida, allí donde las circunstancias lo han permitido, por el éxito terapéutico alcanzado.*⁶⁴

*Allí donde surge una histeria no puede hablarse ya de inocencia en el sentido que los padres y los educadores dan a este concepto. En niños y niñas de diez, doce y catorce años he llegado a convencerme de la absoluta exactitud de este principio.*⁶⁵

⁶¹Sigmund Freud. Obras completas, La etiología de la histeria, T.I, 1896, p. 302.

⁶²Sigmund Freud. Obras Completas, La Etiología de la histeria, T.I, 1896, p. 303.

⁶³ Op. Cit., Obras Completas, La Etiología de la histeria, T.I, 1896, p. 303.

⁶⁴ Ibid., p. 304.

⁶⁵Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p.959.

Y en base a sus estudios nos dice: *“La sexualidad es la clave del problema de las psiconeurosis y neurosis. Nadie que no lo reconozca así llegará jamás a solucionarlo”*.⁶⁶

2.11.1. VIDA SEXUAL Y LA HISTERIA

Cuando en un punto del análisis, se alcanza la convergencia de las cadenas mnémicas, se llega al terreno sexual y a algunos sucesos que se dan casi siempre en la pubertad. Llegado a este punto, se verá claramente la etiología de la histeria y la comprensión de la génesis de los síntomas histéricos.

Hay caracteres comunes que indican que tales sucesos traumáticos son de carácter sexual y que se dieron en la pubertad del sujeto, sin embargo, se puede decir que en algunos casos se trata de intensos traumas.

- Tentativas de violación que revela de golpe a una muchacha aún inmadura sexualmente *“toda la brutalidad del placer sexual”*.
- Sorprender involuntariamente actos sexuales de los padres que por ser actos insospechados hieren sus sentimientos filiales y morales.
- Podrá ser también por sucesos nimios.

Se podría decir que a todo esto se suma un agravante, la sensación de estar haciendo algo prohibido.

Ejemplo: En el caso Dora, la paciente siempre demostró un interés por las lecturas de contenido sexual desde temprana edad y es probable que, en aquel momento, no haya tenido la madurez sexual necesaria para comprender los temas que ella consultaba; a esto, se suma el sentimiento de culpa por consultar temas sexuales y el temor a ser descubierta. Se da una situación que hiere su sensibilidad y la confunde de tal manera; que provoca sus síntomas.⁶⁷

2.11.2. ETIOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA HISTERIA

Anteriormente, Breuer y Freud expusieron ya su teoría en la que afirman que los síntomas de la histeria solo se hacen comprensibles cuando se refieren a experiencias de efectos *“traumáticos”* o traumas psíquicos de carácter sexual. Se agrega, además, la importancia de la naturaleza de estos traumas sexuales y el período en el que ocurren dentro de la vida del individuo. Son trece casos de histeria analizados por Freud y todos graves; *“todos eran de orden sexual y en ocasiones de un carácter extremadamente repugnante”*.⁶⁸

⁶⁶Sigmund Freud. Obras Completas Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p.998

⁶⁷Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p. 945

⁶⁸ Sigmund Freud. Obras Completas, Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa, T.I, 1896, p.287.

La histeria no es causada por un suceso relacionado con la vida sexual de un individuo en cualquier época de la vida; para Freud, los traumas sexuales sobrevienen en la primera infancia del sujeto (período antes de la pubertad). Además, la intensidad del contenido constituye una excitación real de los genitales en proceso análogos al coito.

Considera, también, que la pasividad sexual en ese período es una condición que disminuye la significación etiológica de la disposición hereditaria y explica la mayor frecuencia de la histeria en las mujeres y la atracción a la agresión sexual.⁶⁹

Es importante anotar que es el recuerdo el que actúa, cuando el individuo se encuentra ya en su madurez sexual, no es el suceso el que actúa traumáticamente en forma inmediata.⁷⁰

Llega a hacerse patógeno por el desarrollo y la represión de un afecto penoso. Cabe en este punto analizar quiénes son los posibles culpables de estos abusos de tan graves consecuencias.

1. Niñeras y otras personas de servicio, quienes se les confía imprudentemente el cuidado de los niños.
2. Personas dedicadas a la enseñanza infantil.
3. Inocentes agresores infantiles, (hermano que, por lo general, había sido abusado sexualmente por alguna persona adulta del sexo femenino, repitiendo luego estas prácticas con su hermana).

La masturbación activa debe ser excluida como influencia sexual patógena productora de la histeria, puesto que se cree que es una secuela del abuso sexual o de la seducción.

Sigmund Freud y Jacques Lacan dicen prácticamente lo mismo en cuanto a la histeria, solo que para Freud lo que es condensación y desplazamiento, para Lacan es metáfora y metonimia.

El nombre de Lacan se asocia con “El retorno a Freud”, puesto que nos hace caer en cuenta que decir psicoanálisis es decir Freud; quien al psicoanálisis se refiere se expresa con sus términos, sus definiciones y sabe que su bibliografía debe ser leída e interpretada en un sentido literal, de lo contrario, ya no se hablaría de psicoanálisis puesto que Freud instaura sus bases. Incluso, en el Seminario de Caracas de 1980, Jacques Lacan declara: “A ustedes les toca ser lacanianos, si quieren. Yo, por mi parte, soy freudiano”.⁷¹

Lacan relea la clínica freudiana y trabaja su teoría con la ayuda del lenguaje porque para él, el inconsciente está estructurado como un lenguaje y el discurso es medido como un

⁶⁹ Sigmund Freud. Obras Completas, Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa, T.I, 1896, p. 286.

⁷⁰ Ibid., p. 287.

⁷¹ Universidad Metropolitana, Revista del CONESUP, Un tributo a Jacques Lacan, 2007-2008, p. 5.

indicador patológico. Nos dice que el síntoma traduce el lenguaje, puesto que el sujeto que no puede hablar, expresar, producir algo, presenta el síntoma.

La posición de un sujeto se fortalece al ser escuchado por otro, es por esto que el síntoma siempre lleva en sí una demanda dirigida al Otro; el lugar del Otro es fundamental y, desde su nacimiento, un sujeto recibe el lugar que es dado por el reconocimiento de su madre que es la base de su desarrollo emocional; por esto, es primordial que la madre diga que ama a su hijo, ya que el niño demanda el amor de la madre, no solo el alimento. Esto hace que el sujeto exista bajo la mirada, el reconocimiento, la palabra del Otro. Con ello se da un orden simbólico en el que nuestros padres nos determinan específicamente, puesto que cada sujeto tiene sus significantes propios y únicos; en el momento mismo en que somos reconocidos por un nombre desde que nos encontramos en el vientre materno, cuando somos mirados; pero, sobre todo, cuando somos inscritos con un nombre en el registro civil, nos dan un lugar y, desde ese momento, el Otro será el lugar de la verdad.

La persona histérica se ve obligada a crearse un deseo insatisfecho porque no quiere algo que está deseando. La falta imprescindible del deseo está articulada a través de una demanda con el lugar del Otro, definida como lugar simbólico del lenguaje.

El deseo de la histérica revela la naturaleza general del deseo de ser deseo del Otro.

*“Se da una identificación imaginaria con otro, de esta manera la persona histérica se experimenta a sí misma en los homenajes dirigidos a otro, se encuentra confundida en su misterio no satisfecho y se encuentra sumergida en una búsqueda constante que le permita reafirmar su identidad. Hay un deseo reprimido y una defensa actual contra el deseo”.*⁷²

Una vez más, al revisar el caso Dora, se ve que la paciente se identifica plenamente con la mujer del Sr. K y con su madre que eran las mujeres a quienes amaba su padre, denotando así un complejo de Edipo que no ha sido superado debidamente. El amor a su padre había sido intensificado seguramente como síntoma de reacción para reprimir otro impulso más poderoso que bien podría ser el amor por el Sr. K que, luego de la escena del lago, se vio afectado por una resistencia contra aquella relación haciéndose visible nuevamente la inclinación por su padre. *“Por un lado, lamentaba haber rechazado las pretensiones de aquel hombre tan enamorado de ella, pero, por otro, se resistía contra ello, poderosos motivos, entre los cuales se traslucía fácilmente su orgullo”.*⁷³ Freud afirma que Dora se esfuerza por despertar su antigua amor por su padre para defenderse del amor de K y agrega *“Aún se teme usted más a sí misma y teme a la tentación de ceder a sus deseos”*, confirmándose de esta manera el intenso amor que Dora sentía aún por el Sr. K.⁷⁴

⁷²Roland Chemama & Vandermersch, Diccionario del psicoanálisis, Buenos Aires, Edit: Amorrortu S.A., 2004, p.311

⁷³Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1901-1905, p.964

⁷⁴Ibid., p. 970

2.12. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

El DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, hizo desaparecer de sus categorías psiquiátricas a la histeria como tal. En virtud del nominalismo, hoy, no existen más las histéricas.⁷⁵

Se da un enfoque por categorías y fragmenta la enfermedad en diversos diagnósticos, los cuales describen una fase distinta en cada una de las etapas de la enfermedad.

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos o somáticos que sugieren una enfermedad médica; pero que, a la vez, no tienen explicación a través de ella. La persona sufre un malestar clínicamente significativo; presenta deterioro dentro de la actividad familiar, social, laboral, etc. Dichos síntomas, en ningún momento, son intencionados ni pueden ser controlados voluntariamente por el individuo. La gravedad y duración se atribuyen, generalmente, a factores psicológicos que, según el psicoanálisis, influyen de manera drástica en la formación de síntomas, sin que por ello se quite importancia a la influencia de otros factores de carácter socio-cultural y del desarrollo del sujeto. Según el DSM-IV, los trastornos somatomorfos pueden clasificarse de la siguiente forma:

1. Trastorno de somatización: Es polisintomático, se inicia antes de los 30 años. Persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.
2. Trastorno somatomorfo indiferenciado: Presenta síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses. Son insuficientes para diagnosticar trastorno de somatización.
3. Trastorno de conversión: Se caracteriza por la presencia de síntomas o disfunciones motoras voluntarias o sensoriales que no tienen explicación; sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a dicho malestar.
4. Trastorno por dolor: Este se manifiesta por la presencia de dolor clínicamente significativo. Se cree que los factores psicológicos influyen de manera decisiva en su inicio, gravedad y persistencia.
5. La hipocondría: Es la preocupación y el miedo constante a padecer una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.
6. Trastorno dismórfico corporal: Hay una preocupación constante por un defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

⁷⁵ <http://www.eol.org.ar/virtualia/006/default.asp?notas/mhbrousse-01.html>

7. Trastorno somatomorfo no especificado: Aquí se registran los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.⁷⁶

Todos estos trastornos son más frecuentes en mujeres, por lo general, tienen una historia médica larga con eventos vitales estresantes o traumáticos dando como resultado problemas emocionales que, en su gran mayoría, estarían en relación con el o los síntomas del sujeto que por lo general se hacen visibles a partir de la pubertad o adolescencia.

Hay pacientes que no poseen estos antecedentes; sino, más bien, la presencia de un conflicto intra-psíquico inconsciente; se indica que la forma y ubicación específica del síntoma representan simbólicamente la naturaleza del conflicto como una de sus causas. Se debe descartar totalmente una enfermedad médica como causa de un síntoma; las pruebas de laboratorio no deben tener nada significativo que aporte a las quejas subjetivas y sus exámenes de exploración física no deben encontrar nada que explique los síntomas manifiestos.

Por lo general, los pacientes psicósomáticos tienen una ganancia primaria y secundaria de su enfermedad. En la primaria, hay un éxito defensivo del síntoma, al lograr contener la ansiedad asociada al conflicto inconsciente, y la ganancia secundaria se refiere a los beneficios obtenidos por el sujeto debido a su enfermedad.

Estos trastornos con frecuencia presentan co-morbilidad con depresión y ansiedad, sin embargo, son pacientes que deben ser manejados con mucho tino; en ningún momento, se debería decir al paciente que no tiene nada, puesto que sus síntomas son reales; en todo caso, se le debe dar tranquilidad e indicar que no tiene nada grave y que va a mejorar pronto.

2.13. CONCLUSIÓN

La histeria es el resultado de vivencias hiperintensas anteriores a la adolescencia que, sumadas a la madures propia del desarrollo tanto físico como psicológico, son capaces de causar un trauma debido a que sus reacciones no fueron canalizadas debidamente en el momento oportuno, con el agravante del gran sentimiento de culpa que llevan consigo todos aquellos afectos.

La persona exterioriza, su organismo comunica a través de síntomas físicos o somáticos el malestar psíquico que ha reprimido por mucho tiempo, debiendo ser considerado un individuo que padece de una enfermedad médica que lo hace sufrir; por esta razón, se ve la importancia de que los pacientes histéricos reciban fundamentalmente y, de manera prioritaria, un tratamiento psicoterapéutico analítico como base de soporte de un proceso psicoterapéutico, para así asegurar la recuperación de la salud del enfermo. Por ello, se debe distinguir claramente entre un comportamiento normal y un patológico que, sin duda, será reconocido porque su desviación comportamental o el conflicto son síntomas disfuncionales y tienen una gran significación clínica.

Se ha visto, también, que la histeria es una enfermedad, una neurosis que se caracteriza por exteriorizarse de múltiples formas, tanto somáticas, como con crisis emocionales

⁷⁶Op. Cit., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, p. 457.

muy fuertes, que afectan y deterioran significativamente importantes áreas del desarrollo personal de un individuo y que no tienen posibilidad alguna de ser curadas con la medicina, puesto que los fármacos acallan la palabra, no detienen al pensamiento ni a la palabra sino que controla el movimiento motor. Es por esta razón, que el trabajo psicológico consiste en llevar al sujeto a que exprese, diga bien, mediante la palabra, todo aquello que, por falta de entendimiento o por estar sumido en un enredo mental, es indescifrable, difícil de decirlo, innombrable. Estudios minuciosos de Freud, Lacan y otros que han pulido y continuado con sus investigaciones nos transmiten su inquietud y la urgencia de que la histeria sea tratada como cualquier enfermedad que afecta la vida de un individuo. Se debe destacar, también, la importancia del DSM-V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, que clasifica a los trastornos somatomorfos según sus manifestaciones sintomáticas y facilita a los profesionales de la medicina, su reconocimiento para que puedan remitir a sus pacientes.

CAPÍTULO 3

LA PSICOTERAPIA

3.1. INTRODUCCIÓN

Una vez identificado plenamente al paciente que sufre de histeria, cuyos trastornos anímicos y corporales tan fuertes alteran su vida psíquica y orgánica, se debe tener presente que la mente y el cuerpo son uno solo, por lo tanto, los afectos y procesos corporales están vinculados fuertemente y se puede decir que el síntoma es una revelación del pensamiento. Es importante, entonces, tomar las bases que nos ha legado Sigmund Freud: Los síntomas histéricos desaparecen en cuanto se logra despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él, el afecto concomitante. Para ello es necesario que el paciente llegue a describir verbalmente lo que tiene en su mente para asegurar la fuerza y la claridad del recuerdo.

De esta manera, se puede tener claridad a cerca del tratamiento que se debe dar al paciente que sufre dicha enfermedad para que reciba un trabajo profesional que lo lleve a una pronta recuperación.

En el capítulo 3, se aborda los conceptos de psicoterapia, la psicoterapia como tratamiento por el espíritu, la psicoterapia de la histeria: el método psicoanalítico, origen del psicoanálisis, el método psicoanalítico de Freud, sus principios fundamentales como: las asociaciones libres, interpretación psicoanalítica de los sueños, la transferencia y para finalmente se enfoca la psicoterapia y su objetivo fundamental: la recuperación de la capacidad de trabajo y de goce de un ser humano.

3.2. CONCEPTOS DE PSICOTERAPIA

A la psicoterapia se la define como el conjunto de medios terapéuticos basados en la relación interpersonal, terapeuta-paciente y que, a través del diálogo, la escucha, las intervenciones del terapeuta, posibilitan al paciente un proceso de análisis, comprensión

y superación del conflicto psíquico. La psicoterapia se caracteriza por recurrir exclusivamente a medios psicológicos porque se ha confirmado que el origen de los síntomas de dicho trastorno no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de sustancias (drogas o fármacos).

No todas las enfermedades mentales son susceptibles de ser sometidas a psicoterapia. Son accesibles, solo aquellas que están determinadas por la resonancia emocional y por actitudes vinculadas a conflictos psíquicos permanentes.⁷⁷

3.3. LA PSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO POR EL ESPÍRITU

La psicoterapia es el método curativo más antiguo de la historia de la medicina. La curación de los enfermos se producía a través de provocar en él un estado de “espera crédula”. Actualmente, ningún médico puede prescindir de ella, ya que el paciente está vinculado directamente a su proceso. Todos, en alguna medida, practicamos la psicoterapia con la diferencia que el médico posee el conocimiento científico, lo que le sirve de guía en su tratamiento. Existen enfermedades que responden de manera especial a las influencias psíquicas más que a ninguna otra medicación. Freud afirma “*lo que cura al enfermo no es la medicación, sino el médico*”.⁷⁸ La psicoterapia plantea caminos diferentes, pero todos conducen al mismo fin: el restablecimiento de la salud del enfermo; Sin embargo, de entre los métodos clínicos, el método psicoanalítico es el de mayor profundidad y el de mayor eficacia en el tratamiento de las neurosis fortaleciendo o devolviendo a sus pacientes su capacidad de trabajo y de goce.

Etimológicamente, “*psique*” es una palabra griega que significa alma; por lo tanto, al tratamiento psíquico o psicoterapia se le denomina tratamiento del alma o de los trastornos anímicos y corporales; aunque existen medios como la palabra del terapeuta, que actúa en forma inmediata sobre el aspecto anímico del ser humano.

En todos los casos, es posible confirmar que los síntomas se hallan bajo la influencia directa de las excitaciones, de las conmociones emocionales, las preocupaciones, etc. y que pueden desaparecer hasta sin dejar rastro alguno, a pesar de que sean de mucho tiempo atrás.

Al estudiar el cerebro y el sistema nervioso no se ha descubierto hasta el momento alguna explicación sobre los aspectos clínicos de la enfermedad somática; llegando a la conclusión de que la naturaleza y el origen de por lo menos una parte de ellos es a causa de una “*influencia alterada de su vida psíquica sobre su organismo*”.⁷⁹ Debiendo buscarse el motivo del trastorno en el psiquismo. Es por ello que se habla de la existencia de una interrelación entre cuerpo y alma; lo que constituye la “*expresión de las emociones*”. Se podría decir que “*casi todos los estados anímicos de una persona se manifiestan por tensiones y relajamientos de su musculatura facial, por la orientación de sus ojos, reacciones de su piel, la actividad de su aparato vocal y las actitudes de sus extremidades, sobre todo, de sus manos*”.⁸⁰ Estos cambios corporales

⁷⁷ Diccionario Enciclopédico Larousse, 2001.

⁷⁸ Sigmund Freud. Obras Completas, Sobre Psicoterapia, T.I, 1904-1905 p. 1008.

⁷⁹ Ibid., Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu), T.I, 1905, p. 1016.

⁸⁰ Ibid.

que se producen simultáneamente se hacen más notorios cuando se trata de disimularlos; sin embargo, hay otras consecuencias somáticas como es la alteración de su actividad cardíaca, en las fluctuaciones de la distribución sanguínea en el organismo, etc. La participación del cuerpo es notable en numerosos estados anímicos llamados afectos y se hacen más visibles en situaciones de miedo, ira, del dolor anímico, del éxtasis sexual y de otras emociones.

En el “Caso Dora”, la paciente tiene apenas dieciocho años y presenta ya un cuadro clínico alarmante, cuyo motivo de consulta fue la preocupación de sus padres por su constante depresión de ánimo y una alteración de carácter; se veía que no estaba satisfecha de sí misma ni de los suyos; su interrelación familiar era mala, evitaba los tratos sociales, tenía constante fatiga, ocupaba su tiempo en estudios serios y asistiendo a conferencias para señoras; por último, sus padres encuentran una carta despidiéndose porque ya no quiere vivir más. Los síntomas que ha venido presentando desde su infancia fueron disnea, tos nerviosa, afonías, jaquecas, depresión de ánimo, excitabilidad histérica, cojera, etc.

En este sentido, Deepak Chopra nos dice que hay dos corrientes de experiencia, la subjetiva como ideas, sentimientos y deseos y la objetiva, el cuerpo; y se encuentran en una sola fuente creativa de allí que *“la mente y el cuerpo son inseparablemente uno”*.⁸¹ Somos capaces de cambiar nuestra biología, gracias a nuestra capacidad de pensar y de sentir y, cuando tenemos conciencia de las cosas, nuestro estado mental fluye sobre aquello de lo que tenemos conciencia.⁸² La bioquímica del cuerpo es un producto de la conciencia, pensamientos, creencias y emociones; estas crean las reacciones químicas que sostienen la vida de cada célula.⁸³ Existen otras acciones somáticas que no forman parte de la expresión directa por ejemplo estados “depresivos” como preocupaciones, fatiga, aflicción, angustia, que reducen en su totalidad la nutrición del organismo y traen como consecuencia el envejecimiento precoz, la desaparición del tejido adiposo y alteraciones patológicas de los vasos sanguíneos.

Freud nos dice que *“Los trastornos también pueden desaparecer ante una modificación profunda de sus condiciones de vida”*.⁸⁴ Así por ejemplo en momentos de “felicidad”, todo el organismo florece y la persona recupera algunas manifestaciones de la juventud; se puede decir que los grandes afectos tienen íntima relación con la capacidad de resistencia frente a las enfermedades infecciosas, se fortalece el sistema inmunológico. En el caso de las personas depresivas, estas son muy sensibles al desarrollo de enfermedades del sistema nervioso y presentan alteraciones anatómicamente evidentes, cuyos estados patológicos pueden tornarse más graves. Se dice, también, que incluso la duración de la vida puede abreviarse por afectos depresivos, paradójicamente, también, una emoción fuerte, así como un susto violento puede poner fin a la vida de una manera súbita.

⁸¹ Deepak Chopra, *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*, 2004, p. 12.

⁸² *Ibid.*, p.p. 22-29.

⁸³ *Ibid.*, p. 13.

⁸⁴ Sigmund Freud. *Obras Completas, Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu)*, T.I, 1905, p. 1015.

Al respecto Deepak Chopra alega que sería imposible aislar un solo pensamiento, una sensación una sola creencia o supuesto que no tenga efecto sobre nuestro organismo directa o indirectamente “nuestras células escuchan constantemente a nuestros pensamientos y se ven cambiados por ellos”.⁸⁵

Un ataque de depresión puede causar desastres en nuestro sistema inmunológico, mientras que el enamorarse puede fortalecerlo; la desesperación y la falta de esperanza aumentan el riesgo de enfermar. El gozo y la satisfacción nos mantienen saludables. Esto nos demuestra que no es posible trazar con certeza la línea entre biología y psicología. “*El recuerdo de una tensión, que es solo un brizna de pensamiento, libera el mismo torrente de hormonas destructivas que la tensión en sí*”.⁸⁶ Debido a esto se puede afirmar que los afectos se caracterizan por tener un vínculo especial con los procesos corporales; nuestros pensamientos son delatados por representaciones que se descargan continuamente como estímulos hacia los músculos lisos y estriados, de tal forma, que es posible interpretarlos como una revelación del pensamiento.

Se dice, también, que la mayoría de las personas han desarrollado la capacidad de voluntad y de atención que actúan sobre los procesos corporales y se desempeñan como estimulantes o inhibidores de enfermedades orgánicas. El dolor tiene una estrecha relación con las condiciones anímicas por ello es importante conocer el origen, sea este provocado por heridas, enfermedad o inflamación o si se trata de un dolor “imaginario”. Los dolores no son menos reales ni menos violentos al ser imaginarios. Así como los dolores pueden ser provocados mediante la fijación de la atención sobre ellos; así mismo, la voluntad puede ser encaminada con fines positivos, de tal manera, que apartando la atención de sus dolencias y, más bien enfocándola hacia la vida, se logrará la total recuperación; entonces, se podría decir que el ser humano desarrolla un papel de expectación ansiosa y uno de expectación confiada (en la religión, la fama de un médico, el tratamiento o el médico de renombre). Ejemplo: La eficacia del tratamiento tiene muchísimo que ver con la magnitud de su propio anhelo de curación y con la certeza de estar haciendo lo correcto con la persona correcta, puesto que el paciente ya recibe un alivio con solo saber que está cerca de su médico. “*Lo que cada uno desea y espera de sí mismo gobierna la respuesta que obtiene*”.⁸⁷

La sola presencia del terapeuta crea un estado favorable a la curación cuanto más la “magia de la palabra”, puesto que la palabra es un excelente medio para que un hombre influya sobre otro. Muchas de las veces, la personalidad psíquicamente distinta en cada caso se opone a los procedimientos y eficacias terapéuticas, por lo tanto, se debe tener en cuenta el estado anímico más favorable de los pacientes puesto que la personalidad del médico es lo que inspira la confianza del paciente para trabajar con eficacia. Si lo psíquico actúa sobre lo somático, abre al terapeuta la posibilidad de ejercer sobre la vida psíquica de sus pacientes una influencia profunda con la práctica de la hipnosis; el paciente obedece y es crédulo en un grado casi ilimitado. Esto demuestra que la influencia de la vida psíquica sobre la corporal crece en el estado de hipnosis.

⁸⁵ Deepak Chopra, *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*, 2004, p. 12.

⁸⁶ Deepak Chopra, *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*, 2004 p. 12.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 220.

La sugestión da el convencimiento al paciente de que al despertar todos sus síntomas habrán desaparecido y dicha sugestión cumple su función, pero no lo hará por mucho tiempo ya que, como su efecto es temporal, deberá ser repetida periódicamente y se corre el riesgo de una dependencia hipnótica. Freud afirma que la hipnosis oculta un permanente trastorno o debilitamiento en la vida psíquica del sujeto, caso contrario, se da un desplazamiento del síntoma; puesto que quien lleva el dominio del inconsciente siempre será el paciente que es quien determina su grado de docilidad que puede detenerse firmemente el momento que lo decida, volviéndose, de esta manera, inaccesible.

Todos estos desaciertos exigen la búsqueda de otros métodos, que permitan ejercer sobre el alma del enfermo una influencia más profunda.⁸⁸

3.4. PSICOTERAPIA DE LA HISTERIA: MÉTODO PSICOANALÍTICO

Como resultado de sus investigaciones, Freud afirma *“que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar, con toda claridad, el recuerdo del proceso provocador y, con él, el afecto concomitante y si describía el paciente, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto”*.⁸⁹

Para ello, nos explica en qué consiste el método de la psicoterapia; y nos dice que *“anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante que había quedado estancado y llevándolo a la reacción asociativa por medio de la atracción a la conciencia normal o de su supresión por sugestión médica”*.⁹⁰ Freud, al intentar aplicar el método de Breuer, se encontró con dos dificultades: primero, no todas las personas que demostraban síntomas histéricos eran hipnotizables y, segundo, debía tener absoluta claridad en cuanto a qué es lo que caracteriza esencialmente a la histeria y en qué se diferencia de las otras neurosis.

En el primer caso, cuando se dio cuenta que un gran número de pacientes no eran hipnotizables y que hasta ese entonces se creía necesaria la hipnosis para lograr ampliar la memoria y lograr hallar los recuerdos patógenos no existentes en la conciencia ordinaria, se optó por renunciar a estos enfermos o intentar conseguir dicho efecto por otros medios.

Los pacientes a quienes no se los podía hipnotizar eran aquellos que tenían recelo a la hipnosis; por esta razón, Freud sustituye la hipnosis por la sugestión enérgica. Los pacientes debían lograr concentrarse y conocer el contenido de dicha representación patógena. Debía recordar y decirlo todo lo que le viniera a la mente en ese momento. De esta manera, los pacientes producían nuevos y lejanos recuerdos enlazados con el tema del tratamiento, sin haber recurrido a la hipnosis.

⁸⁸Sigmund Freud. Obras Completas, Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu), T.I, 1905, p.p. 1014-1027.

⁸⁹ Ibid., Estudios sobre la histeria, 1895, T.I p. 138.

⁹⁰ Ibid.

En el segundo caso, Freud decide tratar todas las neurosis como si fueran casos de histeria, debido a que los síntomas no eran muy claros. Investiga su etiología y la naturaleza del mecanismo psíquico. Como resultado de su investigación, concluye que lo que motiva la adquisición de las neurosis está relacionado con los factores sexuales. Explica que existen diferentes factores sexuales que dan origen a distintas enfermedades neuróticas. Establece diferencia entre la neurastenia, la neurosis de angustia y la neurosis obsesiva. Considera necesario aclarar que no era justo aplicar el diagnóstico de histeria para todas las neurosis únicamente por presentar algún rasgo histérico.

Se puede detectar neurosis puras y combinadas o mixtas, estas por lo general obsesiva; se encuentran vinculadas con la neurosis de angustia. Las neurosis mixtas se dan puesto que sus factores etiológicos se mezclan con gran facilidad. Por este motivo, se considera que no es posible estudiar a la histeria separándola de las neurosis sexuales. La histeria representa un solo aspecto del caso neurótico; solo, en los casos límite, se presenta como una neurosis aislada.

Si toda la terapia persigue la supresión del estado patológico en su totalidad y si la histeria se presenta siempre como componente de una neurosis mixta, Freud enfatiza en la separación de las partes de la histeria en cuadros patológicos de las neurosis mixtas para garantizar la eficacia del método catártico, que asegura la curación de la histeria. *“Suprimir los síntomas existentes y las modificaciones psíquicas, dadas en su base, equivale a devolver por completo al enfermo toda su capacidad de resistencia, con la cual podrá vencer la acción de su padecimiento”*.⁹¹

Si se toma la frase *“nada tiene más poder sobre el cuerpo que las creencias de la mente”*,⁹² se puede concebir la posibilidad de reprogramar nuestros viejos pensamientos sustituyéndolos con ideas más completas, que se aproximen a la verdad y que nos permitan desarrollar la capacidad de *“reescribir el programa de nuestra salud, que dirige nuestras células”*,⁹³ obteniendo mayor libertad y poder.

Esto se refleja en la cojera de Dora, la supuesta apendicitis había realizado la fantasía de un “mal paso”, y de un supuesto embarazo dificultando el caminar de la paciente, cuyos síntomas había leído en enciclopedias que, probablemente, las consideraba prohibidas y producían en ella un gran sentimiento de culpa, quizá por no tener la madurez suficiente para consultar dichas lecturas. Para superar estos síntomas fue fundamental que Freud en sus psicoterapias analíticas ayude a que la paciente haga una reestructuración de sus pensamientos, sustituyendo sus ideas erradas por pensamientos con mayor sentido que despojaran a la paciente de su gran sentimiento de culpa.

Con este ejemplo se cumple, una vez más, que la realidad personal se altera en un plano fisiológico y son los vacíos en el conocimiento de nosotros mismos los que nos hacen víctimas de la enfermedad, del envejecimiento y de la muerte, por lo tanto, *“Si quieres cambiar tu cuerpo cambia primero tu conciencia”*.⁹⁴

⁹¹ Ibid., Estudios sobre la histeria 1895, T.I, p.143.

⁹²Deepak Chopra. Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo, 2004, p. 13.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid., p. 39.

3.4.1. ORIGEN DEL PSICOANÁLISIS

A inicios de 1880, Breuer había tratado como paciente a una muchacha llamada Sofía, que sufría de histeria; neurosis que, a más de presentar trastornos psíquicos se hacen visibles los síntomas corporales más variados, sin que las personas que padecen dicha neurosis sepan cómo se producen sus síntomas.

La muchacha había vivido una serie de situaciones en que estuvo obligada a reprimir intensos sentimientos, pero estas situaciones habían sido olvidadas. Breuer vio que, con la hipnosis, la paciente podía recordar y expresar enérgicamente el material reprimido y con ello vio, también, desaparecer su trastorno. Breuer aplica su método llamado Catártico (del griego Kathairein: purificar) y fue así como fueron llevados a la conciencia las impresiones patógenas, permitiendo a los sentimientos seguir un curso normal.

Cuando Breuer compartió con Freud la experiencia que tuvo con su paciente Sofía, trabajaron juntos utilizando el método Catártico hasta que, en 1880, editaron el libro considerado como la introducción al psicoanálisis con dirección científica: Studien über hysterie (Estudios sobre la histeria).

Entre Breuer y Freud se había producido importantes divergencias de criterios a las cuales se sumaron diferencias personales, lo que puso fin a su trabajo en equipo.

Freud que había estudiado la hipnosis con Charcot y Bernheim y había observado cuan limitados eran los resultados que se obtenían exclusivamente por la sugestión hipnótica, se planteó como fin el encontrar un método con el que se pudiera despertar las impresiones olvidadas y hacer consciente el inconsciente sin tener que emplear la hipnosis, disponiéndose así a trabajar con pacientes en estado de vigilia normal.

Sabemos que, en un inicio, Freud practicaba la hipnosis, sobre todo, con pacientes refractarios; pues había visto en Nancy realizar su trabajo a Bernheim y lo había impresionado profundamente, puesto que, luego de los efectos de la hipnosis, el paciente parecía no recordar nada de todo cuanto había dicho bajo dicha influencia, hasta cuando Bernheim insistía, ejercía presión sobre ellos y les aseguraba que era cierto que podían recordar y lo conseguían realmente.

Freud renuncia esa técnica porque la consideró sugestiva y empezó a utilizar con sus pacientes un método parecido al de Bernheim, al que lo llamó método psicoanalítico sin someter a la hipnosis a sus pacientes; los presionaba para hacerles recordar aquello que se hallaba en alguna relación con sus síntomas, les aseguraba que en realidad lo sabían y que el recuerdo se presentaría si les ponía la mano en la frente. De este modo, consiguió, sin utilizar la hipnosis, saber aquello que era necesario para encontrar las relaciones entre las vivencias patógenas olvidadas y los síntomas; demostró así que los dos métodos se contraponen: el primero no se preocupa del origen, la fuerza y el sentido de los síntomas patológicos, sino que agrega algo, lo que impide la exteriorización de la idea patógena. Esto provoca la reaparición o desplazamiento del síntoma. En cambio, la psicoterapia analítica pretende hacer que aflore todo el material reprimido para luego suprimirlo. Actúa como un procedimiento quirúrgico que le conduce a la génesis del los síntomas, consiguiendo así, la transformación del enfermo.

En base a esta experiencia que sin duda era penosa para sus pacientes y que se dio cuenta que solo le llevaba a resultados parciales, aprendió algo que fue muy importante

para su trabajo posterior, en el cual vio que sus pacientes se resistían más o menos intensamente contra el recuerdo de las impresiones patógenas; era visible una clara resistencia contra el intento de llevarlas nuevamente a la conciencia. Freud deduce de todo ello que la resistencia debía relacionarse con el carácter penoso del recuerdo y que la misma fuerza que se manifestaba durante la resistencia era la que, en su tiempo, había conducido a ahuyentar las impresiones de la conciencia. De esta manera llegó a un concepto dinámico de los procesos que se observan en las enfermedades neuróticas o psíquicas. Se trata de una determinada conjugación entre las fuerzas psíquicas. El olvido neurótico es un proceso activo y requiere para mantenerse una fuerza que actúe constantemente.

A este olvido activo, Freud lo llamó represión y lo concibió como la consecuencia de un conflicto que no se resuelve de una manera normal por la decisión consciente. Lo reprimido conserva toda su energía y no puede exteriorizarse fácilmente puesto que hay una especie de censura en el umbral de la conciencia. Los síntomas neuróticos pueden considerarse como fenómenos, cuyo origen se da en la conjugación entre lo reprimido y las fuerzas represoras.

La doctrina de la represión llegó a ser el núcleo de la nueva concepción de Freud. Le dio la respuesta a su pregunta de por qué los neuróticos habían olvidado las vivencias importantes que se hallaban detrás de sus síntomas. Todo lo olvidado había sido mortificante, angustioso o doloroso y precisamente por ello había sido expulsado de la conciencia y había pasado a un plano inconsciente de tal manera que se debían hacer grandes esfuerzos para volverlos nuevamente conscientes.

Con este descubrimiento, la meta del tratamiento se convirtió en algo más que una “abreacción” de afectos reprimidos, se trataba de disolver las represiones patógenas y de sustituirlas por decisiones conscientes. Por todo esto Freud se distanció de la denominación catártica y desarrolló un nuevo método denominado Psicoanálisis.

Aplicar la técnica de la investigación de los agentes patológicos y la supresión de los síntomas no es tarea fácil. La interrelación entre el médico y paciente se logra, pero no se puede considerar que se trata de una confesión o confidencia solamente. Más bien, se plantean exigencias entre las dos partes. No se puede negar que el tratamiento psicoanalítico es un proceso que requiere del cumplimiento de varios requisitos: tiempo, costos, sacrificio, etc., por parte del paciente y, de constante formación académica y especialización en el tema, paciencia, tolerancia, etc., por parte del médico.⁹⁵

3.4.2. EL MÉTODO PSICOANALÍTICO DE FREUD

El método usado por Freud en sus terapias es comúnmente conocido como psicoanálisis y se basa, fundamentalmente, en la catarsis que fue descubierta por Breuer. En un inicio, se consideró que el paciente debía ser hipnotizable ya que se creía que esto abría un acceso al inconsciente, facilitando que el paciente comunicara al médico recuerdos y situaciones que estaban fuera de su conciencia, sabiendo que, una vez que todo aquello fuera expresado y acompañado de una gran fuerza afectiva, se evitaría la reaparición de síntomas, lo que garantizaría la curación; sin embargo, Freud, con sus estudios, demuestra que la hipnosis encubre las resistencias, no las vence, oculta el verdadero

⁹⁵Sigmund Freud. Obras Completas, Sobre psicoterapia, T.I, 1904-1905, p.p. 1007-1013.

funcionamiento de las fuerzas psíquicas, desplazándolas y proporcionando, de esta manera, datos incompletos y éxitos pasajeros.

Breuer y Freud nos afirman que el síntoma representa una sustitución de procesos psíquicos que no han podido llegar a la conciencia, o sea, se da una transformación (conversión) de tales procesos.

De la experiencia de Freud, se deduce que no hay un estado ideal de sanación. Todo tratamiento tiene como finalidad la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de amar, de trabajo y de goce; pero, cuando el tratamiento no se lo ha hecho en el tiempo adecuado o no ha alcanzado el éxito suficiente, se logra, por lo menos, cierto alivio del estado psíquico general; sus síntomas se vuelven muy leves, lo que liberarán al individuo de su categoría de enfermo.⁹⁶ Chopra afirma que *el tener conciencia del origen de una emoción permite disipar los sentimientos negativo*,⁹⁷ y con ello es importante ver que si prestamos atención consciente a las funciones corporales cambiará también la respuesta del organismo.

El tratamiento de Dora fue interrumpido prematuramente por ella misma, siendo esto un impedimento para que sea liberada más profundamente de sus dolencias, sin embargo, Freud en la conclusión del estudio de este caso nos dice que fue ella quien le comunicó que luego de la interrupción del tratamiento había pasado más de un mes “trastornada”; dijo, también, haber hecho unos cuantos ajustes de cuentas, vengándose de personas que consideraba que la habían hecho daño, lo cual le dio mucha satisfacción, luego se inició una considerable mejoría: los ataques se hicieron menos frecuentes y mejoró notablemente su estado de ánimo a pesar de que, esporádicamente, se hicieron presentes algunos síntomas. Se supo, también que, luego de unos cuantos años, Dora se ha casado y ha iniciado un caminar mucho más sano en su vida.

A continuación cito algunos pensamientos de Chopra que tienen actualidad y que se vinculan con los planteamientos de Freud.

- *“Dondequiera que va un pensamiento, un elemento químico lo acompaña”.*
- *“A menos que cobres conciencia de la conciencia, jamás podrás sorprenderte a ti mismo en el acto de la transformación”.*
- *“Las emociones no son hechos fugaces, aislados en el espacio mental; son expresiones de la conciencia, materia fundamental de la vida”.*
- *“El cuerpo es capaz de producir cualquier respuesta bioquímica, una vez que la mente recibe la sugerencia adecuada”.*
- *“Mientras en tu cerebro continúe entrando percepciones nuevas, tu cuerpo podrá responder de nuevas maneras”.*⁹⁸

El psicoanálisis de Freud cumple con tres principios fundamentales que deben ser tomados en cuenta al momento de una terapia psicoanalítica, y son: el principio de las asociaciones libres, la interpretación psicoanalítica de los sueños y la transferencia.

⁹⁶ Sigmund Freud. Obras Completas, El método psicoanalítico de Freud, 1903-1904, T.I, p.p. 1003-1006.

⁹⁷ Op. Cit., Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo, p. 278.

⁹⁸ Ibid., p.p. 22-28.

3.4.2.1. EL PRINCIPIO DE LAS ASOCIACIONES LIBRES

El principio fundamental del análisis de Freud es el de las asociaciones libres. En él, se le pide al paciente que se sitúe en un estado de auto observación tranquila y que comunique sin reflexionar todo lo que vea en sus procesos interiores: sentimientos, pensamientos, recuerdos, etc., en la misma sucesión que estos aparezcan. Es decir, se estableció que los pacientes deberían tener entera libertad en su expresión; debían decir “lo que se les ocurra”, con lo que se da paso a las ocurrencias espontáneas como un método fundamental que ha de reemplazar a la hipnosis. Se esperaba que, al no tener ningún tipo de influencia, los pacientes pudieran dejar al descubierto confusiones de las circunstancias y amnesias. Freud pide a sus pacientes que dijeran todo lo que se les venga a su pensamiento. Es, en ese momento, en que los enfermos revelan ciertas lagunas en su memoria, pero, cuando durante el tratamiento se apremia al paciente para que llene estas lagunas de su memoria haciendo esfuerzo en su atención, se ve que intenta rechazar valiéndose de varios argumentos; el paciente debe tener la convicción de que no hay nada que no merece ser mencionado, así se sienta muy molesto, porque, finalmente, surge el recuerdo buscado. Es un procedimiento penoso, pero necesario para llegar a la cura del paciente.

Esto demuestra que el curso del pensamiento se determina más o menos claramente por lo reprimido; esta relación no resulta consciente para la persona analizada; pero el psicoanalista está en capacidad de interpretar la relación cuando llega a ser lo bastante nítida y llevar al paciente, por medio de la interpretación, a comprender y a aceptarla dicha situación y a poner fin a su resistencia. De esta manera, se permite que lo reprimido llegue, finalmente, a la conciencia.

Como ejemplo: cuando parecía estar en su mejor punto el análisis del caso Dora, esta comunica a su terapeuta haber tenido un sueño recurrente (el primer sueño) el cual pensó que debía ser analizado con detenimiento. Para ello Freud, invita a la paciente a descomponer el sueño en sus elementos y a pedirle que le comunique lo que a ella se le ocurra con respecto a cada uno de esos elementos, obteniendo como respuesta:

- *“Lo primero que se me ocurre es algo que no puede tener relación ninguna con mi sueño, pues se refiere a cosas muy recientes y posteriores a la primera vez que lo soñé.*
- *No importa. Dígamelo usted.*
- *Se trata de ...”⁹⁹*

3.4.2.2. LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS Y SU PROCESO ONÍRICO

Freud, en sus estudios, dice que, con frecuencia, sus pacientes relataban sueños que les impresionaba y vio que, en un principio, parecía algo imposible de descifrar; pero las ocurrencias de los pacientes en relación con los sueños parecía que tenían un significado después de reunir todas las asociaciones con los diferentes eslabones de un sueño, con seguridad, tenían relación con vivencias y pensamientos que formaban parte de una conexión determinada. Un sueño tiene un contenido manifiesto y un contenido latente (pensamientos ocultos que expresan una satisfacción de deseos). La transformación de los pensamientos latentes del sueño en contenido manifiesto es llamada por Freud

⁹⁹Sigmund Freud. Obras Completas, Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1902-1905, p. 958.

trabajo del sueño y su estudio llegó a ser una de las fuentes más importantes para el conocimiento de las particularidades de la vida psíquica inconsciente.

Las cosas y situaciones de los sueños, por lo general, están representadas por símbolos que, en el lenguaje común, en la mitología, en el folklore, pueden encontrarse analogías con los símbolos oníricos. La comunidad de símbolos corresponde a la comunidad de idiomas y culturas; parecen ser parte de una herencia psíquica antiquísima, sin embargo, deben ser tomados en cuenta e interpretados por el psicoanalista, puesto que, poco a poco, la interpretación de los sueños comenzó a desempeñar un papel decisivo en el psicoanálisis de Freud. El sueño se convirtió en una vía muy adecuada para llegar al inconsciente.

El inconsciente, parte elemental del psiquismo y muy próximo a las fuentes pulsionales, es una región psíquica especial donde residen los impulsos innatos como los sentimientos, deseos y recuerdos reprimidos, con formas de expresión propias, y mecanismos psíquicos especiales que de ordinario no son activos, pero están cargados de energía psíquica. No solo sueña el enfermo neurótico, sino, también, el sujeto psíquicamente sano que puede producir el único síntoma que es el fenómeno onírico.¹⁰⁰

Solo el análisis de los sueños permitió a Sigmund Freud fundar la psicología profunda; por medio de la interpretación de los sueños, el psicoanálisis adquirió un doble significado: como nueva terapéutica de la neurosis y como una psicología original que exige no solo la atención de los médicos sino la de todos los que se interesan por la psicología.

Se cree que los sueños son la satisfacción de deseos ambiciosos o eróticos que conducen a una felicidad imaginaria, que hacen independiente la adquisición del placer del sentimiento de la realidad; pero, con mayor maleabilidad de la actividad psíquica, favorecida por la libertad nocturna. Se afirma, también, que la elaboración de los sueños se halla bajo la influencia de una fuerza que le obliga a constituir una unidad con todos los estímulos oníricos, simultáneamente, existentes que buscan la satisfacción de un deseo; por ello, es necesario que sepamos que hay tres clases de fuentes oníricas somáticas: los estímulos sensoriales, emanados de objetos exteriores; los estados internos de excitación, de base exclusivamente subjetiva, y los estímulos somáticos procedentes del interior del organismo. Esto nos lleva a creer que los sueños son productos psíquicos, plenos de sentido.

*“Según la teoría de la libido, se considera que los sueños de los neuróticos nos sirven de igual modo que sus actos fallidos y sus acciones libres para penetrar en el sentido de los síntomas y descubrir la localización de la libido”.*¹⁰¹

El estado de reposo tiende a relajar las represiones y, en consecuencia, el deseo reprimido puede revestir, en el sueño, una expresión más precisa que la que ofrece el síntoma.

¹⁰⁰ Sigmund Freud. Obras Completas, Lecciones introductorias al psicoanálisis, Teoría general de las neurosis, La terapia analítica, T.II, 1916-1917, p. 2408.

¹⁰¹ Sigmund Freud. Obras Completas, Lecciones introductorias al psicoanálisis, Teoría general de las neurosis, La terapia analítica, T.II, 1916-1917, p. 2407.

Los sueños que se presentan en una cura psicoanalítica y que vienen después del análisis son los llamados “sueños confirmatorios”. Aparentemente, son fáciles de interpretar debido a que su traducción no arroja más que aquello que la cura había sacado del material de las ocurrencias diurnas de las últimas sesiones; es como si el enfermo reprodujera, en forma de sueño, todo aquello que le fue “sugerido” en la sesión anterior; sin embargo, se ha demostrado que estos sueños proporcionan una nueva fuerza y se comprueba que solo se observa bajo determinadas condiciones de influjo por la cura. La gran mayoría de los sueños se anticipan a la cura; es por esta razón que, luego de deducidos y entendidos, se obtiene una referencia más o menos clara sobre algo que, hasta entonces, permanecía escondido.

Los sueños iniciales son ingenuos; revelan muchísimo a quien los escucha. Por esta razón, deben ser manejados en el momento adecuado y con discreción, puesto que comunican el significado al paciente. Es lógico que este vaya aprendiendo; sin embargo, a medida que aumenta su conocimiento, sobre la práctica de la interpretación de los sueños, más oscura se volverá su interpretación; puesto que se dará una influencia en la producción onírica.

A más del arte onírico, el psicoanalista debe estar preparado para aplicar la técnica de la interpretación de los sueños y debe saber que la interpretación que se logre en una sola sesión debe proporcionar satisfacción, sin que nos preocupe no haber llegado a analizar por completo un sueño, ya que se dejará pendiente hasta el momento en que nos percatemos que el enfermo ha producido un material nuevo. Varias escenas sucesivas del mismo sueño pueden tener el mismo contenido que va imponiéndose con mayor claridad o varios sueños soñados, en la misma noche, podrían representar el mismo contenido, pero de distinta manera.

Se cree que un sueño retornará en otros, mientras no consiga ser comprendido o sustraído de lo inconsciente; es por esta razón, que es preferible, en muchas ocasiones, dejarlos de lado y dedicarse a otro nuevo sueño; con certeza se habrá acogido el mismo material en forma más asequible. Es importante no olvidarse de tomar siempre lo primero que acuda al pensamiento del sujeto. Si antes de terminar con un sueño, surgen otros nuevos, nos dedicaremos a estos últimos sin que nos preocupe desatender los anteriores. Cuando nos encontremos ante un sueño demasiado amplio y difuso, se renunciará, desde un principio, a una interpretación exhaustiva. Se evitará manifestar un interés especial en cuanto a la interpretación de los sueños para no despertar en el enfermo la creencia de que la labor analítica queda interrumpida por falta de material cuando no se dispone de algún sueño. Se correría el peligro de orientar la resistencia hacia la producción onírica y provocar un agotamiento de los sueños. El analizado debe estar convencido de que el análisis encuentra siempre material con el que se puede continuar la terapia, cualquiera que sea la atención que a estos sueños se dedique a si dicha información no provenga de los sueños.

Cuando el análisis parecía haber aclarado algunos puntos de la vida infantil de Dora, por medio de la interpretación psicoanalítica tomando en cuenta el proceso de su vida anímica, las circunstancias humanas, sociales, familiares y la herencia, así como la búsqueda de factores orgánicos que lleven a una aclaración de datos somáticos y a los síntomas patológicos, cuando el análisis parecía haber aclarado un período muy oscuro de la vida infantil de la paciente, ella comunica al terapeuta haber tenido un sueño recurrente que despertó la curiosidad del mismo, decidiendo analizarlos con minuciosidad. Freud cree que los sueños nos muestran el camino por el que puede

llegar a la conciencia el material psíquico que, por su contenido, ha quedado reprimido y confinado fuera de la conciencia, por la fuerte resistencia, haciéndose con ello patógeno.

La interpretación de los sueños trajo consigo la confirmación de ciertas hipótesis sobre el estado psíquico de Dora, eliminó lagunas mnémicas, descubrió la génesis de algunos de sus síntomas. Así, también con su interpretación nos da a conocer que: *“el primer sueño significaba el desligamiento del hombre amado y el retorno al padre, o sea, la huida de la vida y el refugio en la enfermedad; este segundo sueño anunciaba que Dora se desligaría de su padre, ganada de nuevo para la vida”*.¹⁰²

3.4.2.3. LA TRANSFERENCIA

El descubrimiento y la comprensión de los fenómenos de transferencia pertenecen a una de las aportaciones más importantes de Freud a la psicología.

Sabido es que los pacientes que se encuentran sometidos a un tratamiento médico corriente se interesan por sus médicos, y con frecuencia, los hacen objetos de sentimientos intensos, pero, durante el análisis, se aclaran las reacciones que se desarrollan en relación con el psicoanálisis y se descubre que aquellos sentimientos hacia el analista que parecen puramente personales muestran progresivamente un carácter primitivo e infantil. En las ocurrencias y en los sueños de los pacientes, se relaciona e identifica al psicoanalista con personas de su infancia, sobre todo, con los padres y, en correspondencia con los recuerdos de la primera infancia que aparecen, se descubre que estos recuerdos pueden ser anticipados en las reacciones contra el psicoanalista.

El tratamiento psicoanalítico no origina la transferencia sino que simplemente la descubre así como lo hace con otro material de la vida psíquica que se encuentra oculta y que sale a flote únicamente durante su proceso.

La transferencia es una reproducción exacta de los impulsos y fantasías que son despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis. Desde un inicio, surgen dificultades que se mantienen en el transcurso del tratamiento; en el psicoanálisis, son despertados todos los impulsos, incluidos los hostiles y son utilizados para los fines del análisis.

En la mayoría de casos, el paciente siente especial empatía con su terapeuta; existe un particular interés por él; se esfuerza por ganar su simpatía, lo que ocasiona que las relaciones que se establecen entre los dos sean muy agradables y recíprocas durante cierto tiempo; en este caso, la transferencia resulta favorable en el proceso psicoterapéutico, pues existe una mejoría relacionada con el estado patológico.

Con la transferencia, el paciente desarrolla un sentimiento que es confundido con el amor, pero dicha perturbación es motivada por el profundo cariño que siente y aunque resulte extraño, en ocasiones, al paciente le parece que se trata de un enamoramiento normal, de hecho, él ignora que esto es parte del proceso terapéutico por el que atraviesa, situación que es favorecida al mantener encuentros a solas y tener a alguien

¹⁰² Sigmund Freud. Obras Completas. Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora), T.I, 1902-1905, p.1002

quien le escuche sus más íntimos secretos. Esto hace que despierte en él sentimientos de admiración; se siente comprendido, apoyado; además, se convence que su curación depende del amor. En cambio, cuando el paciente manifiesta cierta rebeldía ante el terapeuta, se da una resistencia hacia él. Hay algo que el terapeuta recuerda al paciente y lo incomoda, haciendo de él, una víctima de ofensas sin motivo, de reacciones de odio, de miedo y de protestas infundadas por parte del paciente ya que este no se da cuenta que es un asunto del pasado, sino que ve y siente como una relación actual con su terapeuta.

Como podemos observar, la transferencia hace que el paciente olvide el verdadero motivo de su interrelación psicoterapéutica, de su enfermedad neurótica y así, la enfermedad motivo por la que fue a la consulta, se ha desplazado y se enfrenta a una nueva neurosis que ha nacido ante los ojos del terapeuta. Sin embargo, no podemos olvidar que toda esta disposición afectiva existía en forma latente en el enfermo y lo que ha ocurrido es una transferencia en la persona del terapeuta, durante el tratamiento analítico, pudiendo considerársela positiva o negativa, mas, en ambos casos, es concebida como una adherencia sentimental; sin embargo, el terapeuta ve, en esta conducta, la expresión del contenido de la esperanza de curación. El terapeuta, por su parte, evita que se desarrolle cualquier actitud afectiva y, muchas de las veces, asume el papel de protector de una víctima de las circunstancias de la vida.

Es esta relación aparentemente confusa para el paciente la que se convierte en la esperanza, la que le proporciona la fuerza necesaria para superar las dificultades del tratamiento. La transferencia es un factor imprescindible y necesario; es una faceta muy difícil de la labor analítica, ya que el terapeuta debe adivinarla, guiándose por ligeros indicios para no ser sorprendido por esta situación ya que, una vez identificados, los primeros signos de la transferencia se la destruye y se puede ver que la curación de esta nueva neurosis artificial coincide con la de la neurosis primitiva, objeto verdadero del tratamiento psicoanalítico, con lo que se alcanzan los propósitos terapéuticos.

¿Cómo vencer la transferencia? Pues bien, no se la puede eludir puesto que solo después de resuelta la transferencia se puede llegar al material de la cura y ver con mayor exactitud los resultados obtenidos en el análisis.

Para el terapeuta, es fundamental explicar al enfermo que sus sentimientos no responden a una situación del momento, ni se refieren al terapeuta, específicamente, sino que es la repetición de una situación anterior de su vida. De esta manera, el paciente se ve forzado a recordar y fijar su atención en la evocación de los sucesos originales. Una vez que se ha logrado vencer la resistencia de la transferencia, se abre el paso a los más íntimos secretos de la vida psíquica del paciente, lo que supone la mejor herramienta terapéutica.

3.5. RESUMEN SOBRE LA PSICOTERAPIA EN GENERAL

La psicoterapia persigue un fin y es recuperar la salud física y emocional del enfermo, por lo tanto, es fundamental que el sujeto quiera cambiar y desarrolle su capacidad de afrontamiento a las distintas situaciones, que sepa que es capaz de modificar positivamente su biología gracias a su capacidad de pensar y de sentir. La psicoterapia brinda la posibilidad de hacer consciente los elementos que se encuentran en el

inconsciente, de verbalizarlos, y lograr una modificación real de las condiciones de vida.

Es importante estar convencidos de que podemos llegar a la verdadera causa del mal a través de la psicoterapia y que se puede lograr la curación duradera del paciente luego de que conjuntamente descubramos su dolor interior y lo liberemos.

Freud señala que en “El método psicoanalítico” la palabra es el medio más poderoso que permite a un hombre influir en otro. Es un excelente recurso para despertar movimientos anímicos en su destinatario; por ello nos habla de la magia de la palabra que puede eliminar manifestaciones enfermizas, particularmente, aquellas que reposan, a su vez, en estados anímicos.

Durante un proceso psicoterapéutico, el paciente tiene la oportunidad de descargar por reacción los afectos, todo el material que tienen encapsulado en su inconsciente; esto es muy importante debido a que la pérdida de afecto de un recuerdo depende de varios factores, sobre todo, de que el sujeto reaccione o no enérgicamente al suceso estimulante. Se entiende por reacción, toda la serie de reflejos, voluntarios e involuntarios, “desde el llanto hasta el acto de venganza”. Cuando existe la reacción, suficientemente intensa, desaparece gran parte del afecto; si por el contrario, se la reprime, el afecto queda unido al recuerdo. Solo cuando la reacción al trauma es adecuada, se alcanza el efecto catártico.

Una vez lograda la catarsis del paciente es deber del terapeuta desvalorizar los motivos de dolor y sustituirlos por otros más importantes, ideas más completas que se aproximen a la verdad, se debe sustituir las represiones patógenas por decisiones conscientes “todo esto como parte del proceso de transformación, que surge en la mente y en el corazón”, como afirma Anthony de Melo.¹⁰³ Es fundamental que la persona aprenda a reaccionar ante los acontecimientos. Para lograrlo, deberá estar en capacidad de discernir y diferenciar su situación anterior, donde se anidaba la enfermedad, frente a esta nueva y distinta oportunidad que le ofrece la psicoterapia para recobrar su salud.

El paciente debe ser capaz de comprender que, en su situación anterior, el Yo era débil, infantil, indefenso ante el mundo que se torna como una fuente de peligros; pero que ahora es distinto, el Yo, hoy, es más fuerte, más seguro, posee mayor experiencia y cuenta con el terapeuta, un fiel colaborador, que le apoya en la superación del conflicto, con una solución más favorable.¹⁰⁴

Todo cambio precisa de una voluntad, persistencia y tolerancia. Para dejar de ser lo que siempre se ha sido, hay que cambiar. Anthony de Melo nos orienta en este sentido, y dice: “*Es necesario ser como los orfebres con el oro: pulir, raspar, cortar, mezclar, esa es la forma de proceder, es necesario mantenerse abierto, receptivo y siempre listo a cuestionar, a pensar por sí mismos*”.¹⁰⁵

Cuando finalmente se produce la catarsis, y durante el proceso terapéutico se logra desvalorizar los motivos de dolor y desculpabilizar al paciente, entonces sí, es posible

¹⁰³Anthony de Melo. Caminara sobre las aguas, p. 96.

¹⁰⁴Op. Cit., Obras Completas. T. II, p.p. 2391 a 2402.

¹⁰⁵Anthony de Melo. Caminar sobre las aguas, p. 96.

lograr que el paciente sea capaz de insertarse en su medio y desarrollar sus relaciones interpersonales con normalidad; esto es posible cuando, a través de la labor terapéutica, se ha logrado atraer al consciente todo aquello que lo atormentaba hasta la conciencia, con lo que se logra superar las represiones y anular los espacios que permitieron la formación de los síntomas. En otras palabras, el conflicto patógeno pierde sentido y desaparece porque en el paciente hay una modificación psíquica que le permite desarrollar su capacidad de afrontamiento a las distintas situaciones a las que deberá enfrentarse durante el resto de su vida; es decir, el paciente ha restablecido su capacidad de trabajo y de goce, objetivo primordial de la psicoterapia.

3.6. CONCLUSIONES

No todas las enfermedades mentales son susceptibles de un tratamiento psicoanalítico, sino solo aquellas que están determinadas por la resonancia emocional y por actitudes vinculadas a conflictos psíquicos permanentes.

No se debe aplicar el diagnóstico de histeria para todas las neurosis por presentar algún rasgo histérico, si bien es cierto que las neurosis están relacionadas con factores sexuales, estos son diferentes y dan origen a diferentes enfermedades neuróticas

El ser humano debe ser considerado como una unidad, puesto que los afectos y procesos corporales están íntimamente ligados, razón suficiente para que no se deban aislar ni reprimir ni un solo pensamiento o sensación, ya que esto afectaría drásticamente su organismo.

La psicoterapia tiene un fin y es el restablecimiento de la salud del enfermo; para ello, es fundamental desarrollar la capacidad de afrontamiento a las distintas situaciones que se dan en la vida del paciente. Es importante que el sujeto se dé cuenta que es capaz de cambiar su biología, gracias a su capacidad de pensar y de sentir, sin embargo, para ello es necesario tomar conciencia de los elementos inconscientes de dichas situaciones, verbalizarlos durante un proceso psicoterapéutico adecuado y una modificación real de las condiciones de vida.

El sujeto debe comprender claramente que la perturbación no viene de afuera, no se puede esperar que el medio ambiente en el cual se encuentra sea absolutamente sano para ser feliz y gozar de buena salud tanto física como emocional. Nadie tiene el poder de dañarnos si no lo permitimos, como no podemos dar a nadie la responsabilidad de nuestra felicidad, somos nosotros los que debemos cambiar, debemos cambiar la perspectiva de ver las cosas, de modo, que no sea el problema el que domina al sujeto, sino sea él quien controle el problema; El problema externo puede seguir existiendo, pero se lo debe comprender de otra manera.

CAPITULO 4

ESTUDIO DE CASOS DE PACIENTES HISTÉRICOS

4.1. INTRODUCCIÓN

En los capítulos anteriores se consideró importante revisar y profundizar algunos conceptos básicos de la teoría sexual en psicoanálisis, puesto que, estamos convencidos, que forman parte fundamental dentro de la sexualidad humana, que desde su inicio juega un papel preponderante para el normal desarrollo de la salud mental.

El proceso psicoterapéutico, ayuda a que el sujeto haga una revisión de su vida, desde su infancia, proceso muy doloroso pero necesario, porque solo así sanarán las heridas causadas por vivencias y experiencias displacientes, las mismas, que por encontrarse reprimidas en el inconsciente, están causando mucho daño al sujeto, a tal punto, de impedir su normal desenvolvimiento en casi todas las aéreas de su vida.

La sexualidad y el síntoma histérico, es una realidad hoy en día, es por esto, que en este Capítulo 4, se expone el seguimiento de cinco casos actuales, tomados de un estudio realizado en el Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, en el período 2007–2008, en ellos veremos cumplidos gran parte de los conceptos básicos psicoanalíticos estudiados en los capítulos anteriores; si bien es cierto, estos casos no fueron tratados con psicoanálisis profundo; sin embargo, se dio un encuadre psicodinámico en el que se realiza el seguimiento, diagnóstico y acompañamiento durante el proceso psicoterapéutico, el mismo que fue facilitado por la lectura de los síntomas de los pacientes y sus historias. El apoyo terapéutico se llevo a cabo desde el punto de vista psicológico, caracterizado por su visión panorámica, se dio importancia a lo que el paciente decía, permitiendo que exprese su sentir y prestando la debida atención, tanto a circunstancias humanas y sociales, como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos de cada uno de ellos. Como psicoterapeutas tenemos que aprender a escuchar todo aquello que tenga para decirnos el paciente y a ver lo que expresa con su cuerpo, cuando no puede hacerlo con palabras; ya que, sus movimientos delatan lo que calla.

La historia del paciente comprende, desde los primeros años de su infancia, tomando en cuenta el círculo familiar y su novela; circunstancias externas de su vida; anhelos y

deseos, circunstancias, que han marcado el curso de su vida desde la infancia, haciendo de ellos, personas con un historial patológico que las tiene enfermas.

4.2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICOS

Durante el tiempo de las Prácticas Pre-profesionales realizadas en el Hospital “José Carrasco Arteaga,” tanto en consulta externa, como en hospitalización, vimos la importancia que debe darse al tiempo de cada consulta, y como este debe ser aprovechado al máximo, debido a varios factores que inciden en ella:

1. La transitoriedad de los pacientes.
2. La inconstancia de éstos.
3. La dificultad de engancharlos luego de la intervención en crisis.

Por esto, se ha creído necesario, que el terapeuta, desde el inicio, debe crear una empatía con el paciente. La experiencia nos conduce a considerar que debe existir un espacio destinado a los pacientes “en crisis” para que puedan realizar su catarsis en corto tiempo y en condiciones adecuadas.

En la primera sesión, el paciente proporciona al terapeuta la mayor información, para que pueda recibir el tratamiento adecuado de manera libre y voluntaria, sin que reciba influencia ni presión alguna por parte del terapeuta. Es importante tener claridad en la manera de abordar el caso, para trabajar en busca de las causas del efecto que se atiende por emergencia. Se debe tener presente en este punto, que lo que es útil para un profesional, no lo es para otro; todo depende de la identificación que tenga el paciente con el sistema de trabajo del terapeuta.

“Un terapeuta no debe tratar de imponer ninguna actitud particular al paciente, sino que debe estar dispuesto a acompañar a su inconsciente en su camino”,¹⁰⁶ para, así, lograr conseguir el mejor resultado durante las escasas sesiones que se lograran mantener con ellos.

En un paciente hay mucha energía encapsulada, y no importa a que medio se recurra; lo importante es contribuir a la expresión de la energía.¹⁰⁷

El apoyo psicoterapéutico se llevo a cabo utilizando:

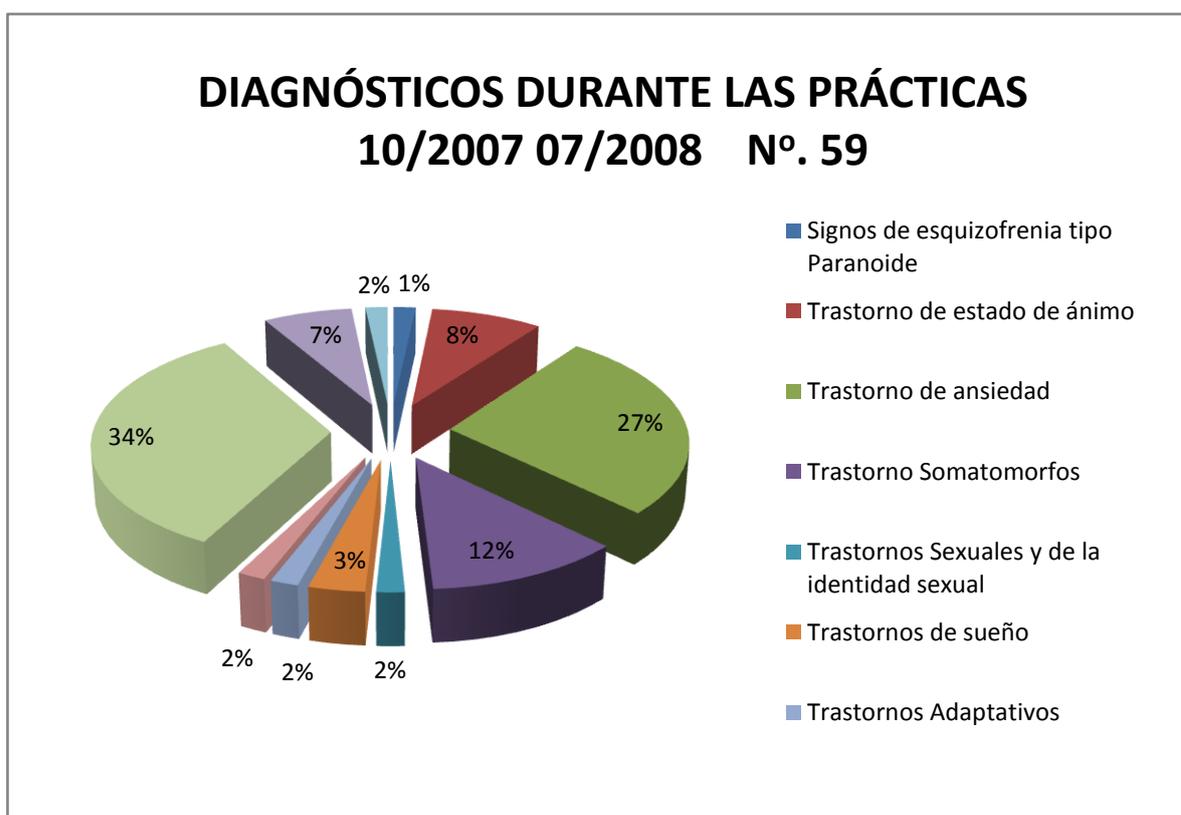
- Historia Clínica.
- Encuadre Psicodinámico
- Test Proyectivos

¹⁰⁶ Gregg M. Furth. Secreto mundo de los dibujos. p. 36.

¹⁰⁷ Ibid., p. 191.

4.3. CUADRO ESTADÍSTICO DE DIAGNÓSTICOS EN EL IEES. DURANTE EL PERÍODO 2007-2008.

El gráfico nos revela el índice de personas, cuya salud emocional está en riesgo; diagnósticos que son dados en base al DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) utilizado en el Hospital “José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca”, como instrumento de diagnósticos. La inmensa variedad de diagnósticos de trastornos mentales debería ser motivo de reflexión dentro de la Casa de Salud a la que acudieron, ya que ello obliga a considerar en estos casos lo emocional como una enfermedad que merece un tratamiento desde la Psicología.



El cuadro ilustra los casos de pacientes que se presentaron a consulta psicológica en el lapso de octubre del 2007 a julio del 2008, durante el período de prácticas pre-profesionales en el Hospital “José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca”.¹⁰⁸

1.- Signos de esquizofrenia tipo paranoide	1
2.- Trastornos de estado de ánimo	5
3.- trastornos de ansiedad	16
4.- Trastornos somatomorfos	7
5.- Trastornos sexuales y de la identidad sexual	1
6.- Trastornos de sueño	2

¹⁰⁸ Cuadro estadístico de diagnósticos de psicología, durante el período 2007-2008, en el Hospital “José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca”.

7.- Trastornos adaptativos	1
8.- Trastornos de la personalidad	1
9.- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	20
10.- Intento de suicidio	4
11.- Trastornos relacionados con abuso de sustancias	

En el paréntesis se indica el número de casos que se repiten, N° 59

4.3.1. CASOS DE HISTERIA (trastornos somatomorfos)

La investigación sobre histeria (trastornos somatomorfos) constituye la base fundamental de la presente Tesis, por lo que tendrán un estudio minucioso y detallado. El número de casos que se presentaron en el lapso de octubre del 2007 a julio del 2008, durante el período de Prácticas Prer-profesionales en el Hospital “José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca” son N°6 de los cuales expondremos los cinco primeros. En el Diseño se señalen solamente cuatro; sin embargo, consideramos que el quinto caso aporta un contenido valioso para la investigación y son:

- Trastornos Somatomorfos: T. de conversión con convulsiones (María)
- Trastornos Somatomorfos: T. de conversión con déficit motores, hipocondría, distimia y duelo no resuelto. (Blanca)
- Trastornos Somatomorfos: T. de conversión con déficit sensorial, T. de Ansiedad. (María del Carmen)
- Trastornos Somatomorfos: T. dismórfico corporal. (Luz)
- Trastornos Somatomorfos: T. de somatización (Mercedes)
- Trastornos Somatomorfos: T. por dolor.

4.4. ESTUDIO DE CINCO CASOS DE PACIENTES HISTÉRICAS

Nombre	Sexo	Edad	Estado civil
María	femenino	13 años	soltera
Blanca	femenino	30 años	madre soltera
Mª del Carmen	femenino	40 años	madre solters
Luz	femenino	27 años	soltera
Mercedes	femenino	24 años	casada

4.4.1. CASO “MARÍA”

4.4.1.1.HISTORIA CLÍNICA

4.4.1.1.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: María
Edad: 13 años.
Sexo: femenino.
Estado civil: soltera
Ocupación: estudiante.
Procedencia: Méndez.
Responsable: Rosa (Madre)
Fecha de ingreso: 15 de octubre de 2007.
Historia C: 190220

4.4.1.1.2. MOTIVO DE INGRESO

De acuerdo con la Historia Clínica, del Área de Pediatría del Hospital del IESS, la paciente fue traída por su madre, por presentar convulsiones tónico-clónicas sin causa aparente; presenta pérdida del conocimiento con caída, manteniéndose autista, catatónica, al momento de su ingreso e incluso por el lapso de 2 o 3 horas aproximadamente; luego, se pudo observar que se encontraba orientada en tiempo, espacio y persona; y, en estado hipobúlico. Se le realiza el TAC de cráneo con resultado normal y EEG Cuyo resultado es normal; La paciente fue remitida por el médico del hospital de Méndez, lugar donde fue atendida en primera instancia, recibiendo medicación; pero, su cuadro de salud no mejoró. Datos de la historia clínica de la paciente dicen que, hace 9 meses presentó convulsiones con pérdida súbita del conocimiento, el diagnóstico médico definitivo primario fue Epilepsia. (tomado de la historia clínica de hospitalización); sin embargo, en las notas de evaluación, registro diario obligatorio de hospitalización se registra un Dx. de Síndrome H.? y Neurocisticercosis ?

4.4.1.1.3. PROBLEMA VITAL

La paciente se encuentra hospitalizada, en observación, y realizándose los exámenes correspondientes para llegar a un diagnóstico acertado. Esta situación hace que la niña demuestre timidez, sonrío constantemente con mirada esquiva, escasa expresión verbal, de manera que su silencio es tomado como signo de retraimiento e incluso retraso mental; dice tener dolor de estómago cuando ingiere los alimentos y constante dolor de cabeza.

4.4.1.1.4. ANTECEDENTES

La paciente pertenece a una familia numerosa de nivel socio-cultural bajo; es la tercera de seis hermanos; su padre falleció cuando ella tenía aproximadamente 7 años de edad y refiere ser hija de madre soltera, no reconocida; no sabe nada a cerca de su padre, pero recuerda que fue a su funeral, cuando este falleció. Su madre, ama de casa de aproximadamente 31 años, trabaja en la cocina de un restaurante, para afrontar las necesidades económicas de su hogar; sin embargo, la niña recuerda haber ayudado a su madre frontalmente con las tareas del hogar, desde muy pequeña; la paciente refiere que las relaciones con su madre y sus hermanos no son buenas, pues, ella la maltrata constantemente; situación que es confirmada por un familiar que dice que la niña es víctima de intentos de abuso sexual, por parte de sus mismos parientes, desde hace 2

años aproximadamente, sumándose a esto el maltrato físico por parte de la madre y sus hermanos. Su familia vive en casa propia, la misma que tiene 2 cuartos; realizan la deposición y necesidades al aire libre; crían ganado, cuyes y cerdos, su alimentación básica proviene de los animales que cuidan y de sus huertos. La paciente se encuentra cursando el séptimo grado de escuela, estudia a distancia con asistencia los fines de semana en una escuela de Méndez.

4.4.1.1.5. RESEÑA DE LA HOSPITALIZACIÓN

Debido al estado emocional de la niña, la misma que no habla ni intenta comunicarse de ninguna manera, se consideró necesario hospitalizarla, así, se facilita la observación, exámenes clínicos y pruebas psicológicas correspondientes. Para lograr un acercamiento con el personal de salud tanto físico como psicológico, se vio la necesidad de acudir a la realización del dibujo libre como técnica de expresión, de manera que, la niña comunique lo que siente más fácilmente y se logre un diagnóstico definitivo.

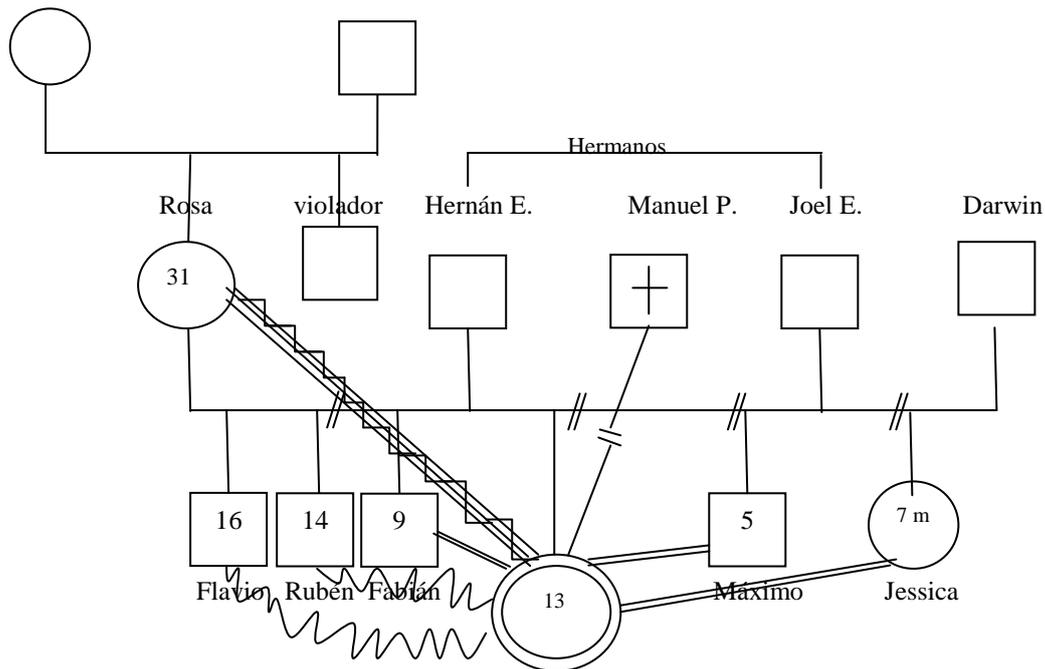
4.4.1.1.6. ESTRUCTURA FAMILIAR

La familia de la paciente está afectada por un ambiente hostil y agresivo, su madre, una mujer con múltiples parejas, algunos de ellos parientes muy cercanos entre sí, con los cuales ha procreado sus hijos, situación, que afecta drásticamente al reconocimiento adecuado de la figura paterna, y al grado de consanguinidad del núcleo familiar, ya que, sus hijos, son, entre algunos de ellos, hermanos y primos a la vez. Su hogar está rodeado de familiares que viven en casas cercanas y que influyen directamente en el ambiente familiar.

La relación de la paciente con la madre es muy mala, dependiente, asfixiante, conflictiva, dice la niña que su madre sabe todo lo que a ella le pasa, (acoso sexual de su tío, hermano de la madre) y que no hace nada por protegerla. Se puede observar en la niña discursos reiterativos en relación a la madre como: *“a ella no le importo, yo no quiero volver a la casa nunca más, si quisiera volver pero solo por mis hermanos chiquitos”*.¹⁰⁹ Hija de madre soltera, no existió relación alguna con su padre, sólo pudo verlo el día del funeral cuando la niña tenía 7 años; lamenta mucho no haber estado cerca de él cuando éste vivía. Al parecer reconoce su problema y el motivo por el que se encuentra hospitalizada pero no logra aún expresar lo que siente abiertamente.

¹⁰⁹ Comunicaciones personales, discursos reiterativos de la paciente María al momento de la consulta, Cuenca, octubre del 2007.

FAMILIOGRAMA



4.4.1.1.7. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Síntoma histérico similar a convulsiones epilépticas debido a un conflicto emocional que la paciente no ha podido verbalizar, podría ser consecuencia de experiencias traumáticas como abuso físico, psicológico, sexual, muertes; experiencias que bien podrían ser en el pasado lejano.

4.4.1.1.8. RECOMENDACIONES

Exámenes médicos y psicológicos; terapia individual y familiar.

4.4.1.1.9. EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS

- TAC. Normal.
- EEG. Normal.
- Reporte de ginecología desde los 9 años de edad. Antecedentes de abuso sexual, posiblemente los 9 años de edad.

4.4.1.1.10. INTERCONSULTAS

- Psiquiatría.
- Neurología
- Otorrinolaringología.
- Ginecología.
- Psicología.

4.4.1.1.11. BATERÍA DE TEST PSICOLÓGICOS

- Dibujo libre
- H.T.P.

- Familia.
- Garabatos.
- Terapia de Juego.

4.4.1.1.12. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Se le proporcionó a la paciente un ambiente adecuado, con el fin de facilitar su expresión sobre el problema que le está afectando. Inicialmente lo hizo mediante dibujos y luego fue verbalizando poco a poco más abiertamente sus problemas (maltrato físico, psicológico, abuso sexual y de las pérdidas significativas como es la muerte de su padre y abuelo), situación favorable para un adecuado apoyo psicológico.

Lamentablemente no se pueden exponer gran parte de los tests realizados por la paciente durante el proceso psicoterapéutico, debido, a que sus documentos se extraviaron de los archivos del Hospital “José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca”

4.4.1.1.12.1. DIBUJO LIBRE

Sabiendo de antemano, que la niña no habla, ni hace el intento de comunicarse desde que llegó al hospital, fenómeno que fue interpretado como un posible retardo mental por parte del personal de hospitalización, y, que era fundamental tratar de conocer que es lo que le preocupa a la paciente se tomó como base un pensamiento de Elizabeth Kúbler-Ross, en “El secreto mundo de los dibujos” en el que dice que, mediante sus dibujos el paciente toma conciencia de sus temores y emociones inconscientes, así puede enfrentarlos y superarlos, objetivo que persigue en sí la psicoterapia. Se acudió al dibujo libre como medio de comunicación, tomando en cuenta que este surge de la necesidad de expresión que todos tenemos, permitiendo a la paciente que lo haga de una manera espontánea y dinámica, se logró una entrega increíble de su parte, abriéndose así, un medio para poder comunicarnos. A través de su lenguaje gráfico, se pudo obtener mayor información, puesto que, revelan constantemente información somática y psicológica, lo que permite, que se dé un fenómeno terapéutico, que debido a las circunstancias nos llevará a comprender de mejor manera la problemática de la paciente. En un inicio, fue la única manera de saber que ocurre en su mente, a la vez que, ayudó a desarrollar una buena empatía terapeuta-paciente, de esta manera, nos ha permitido plantear hipótesis a cerca de su problema e iniciar el proceso terapéutico en sí.

4.4.1.1.12.2. TERAPIA DE JUEGO

Su silencio, como signo de retraimiento, fue aprovechado como una oportunidad de trabajo creativo, íntimo; se la llevó a explorar, con mayor profundidad, lo que siente o lo que intenta expresar de una manera más calmada. Hay que tomar en cuenta, que los niños no siempre tienen el vocabulario o los conceptos claros, como para explicar sus experiencias y, es oportuno, utilizar los dibujos y el juego para intentar poner en palabras lo que les ocurre. En este comentario, intentamos, reflejar lo que creemos que es más importante; para ello, se utilizó los trabajos en Plastilina, Muñecos anatómicos, Collage. Técnicas psicoterapéuticas, que son un medio para hacer fluir la expresión que se encuentra contenida; con ellas, se consiguen datos muy reveladores, de manera especial de los problemas que no se puede expresar verbalmente; así tenemos:

Plastilina

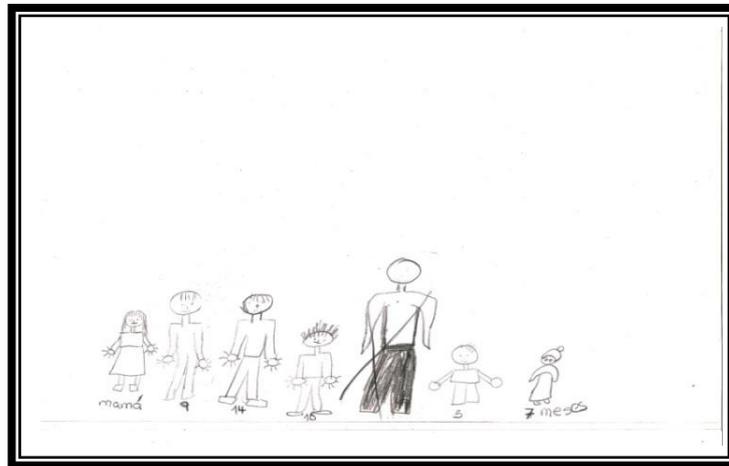
María plasma en sus trabajos realizados, una tendencia persistente en el borramiento de un pasado traumático, agresivo, violento, de connotación sexual y la

4.4.1.1.12.3. H.T.P.

María, refleja claramente en sus dibujos un conflicto en el área afectiva y de relaciones sociales; aislamiento, regresión, desconfianza, preocupación por sí mismo, necesidad de gratificación inmediata, de apoyo, depresión, mala orientación en la realidad, hostilidad, preocupación y desadaptación sexual. (Lamentablemente no podemos presentar algunos de los test ya que la mayoría de la documentación correspondiente al trabajo psicológico realizado con la paciente se extravió de los archivos del hospital al momento de ejecutar los trámites con Trabajo social y las instituciones de protección a menores).

4.4.1.1.12.4. TEST DE LA FAMILIA

En el material analizado, se ve claramente, que María tiene mucha dificultad para llegar a estructurar el bloque parental al que pertenece, no sabe cómo empezar a dibujar una familia, y cuando lo logra, proyecta inseguridad, no sabe a quién colocar primero, borrando constantemente.



Test¹¹¹

Su tendencia depresiva, inseguridad, problemas de ansiedad, conflicto emocional, necesidad de apoyo y dependencia exagerada se hace visible en el emplazamiento de su dibujo situado al borde final de la hoja; no existe figura paterna ni de autoridad en su hogar, su madre está en un nivel incluso menor que algunos de sus hermanos; sus problemas de comunicación y distancia emocional en las relaciones intrafamiliares se refleja en la distancia de los personajes. Hay un grado máximo de desvalorización de sí mismo, desea auto eliminarse, situación evidente al suprimirse del dibujo, y desvalorización hacia los demás, si nos fijamos en el tamaño, imperfección, falta de detalles y alteración de la jerarquía de sus miembros; con un poco más de atención, podemos ver que, hay un hombre que no pertenece al núcleo familiar, este no tiene rostro, se impone por su tamaño e incluso tiene muchas borraduras y sombreado a nivel de la mitad inferior del cuerpo, indicando, que está latente una realidad que le produce ansiedad, provocada por sentimientos de culpa, vinculados al área sexual, cuando se le preguntó quién es, ella responde que no sabe, y lo tacha, haya un deseo de eliminar de su vida al agresor que se encuentra dentro de la misma familia; la falta de extremidades superiores y de manos en algunos de los miembros de la familia, reflejan sentimientos de culpa, presenta dificultades de contacto ambiental o el mundo, perturbación de las

¹¹¹ Test de la familia, catarsis de María al momento de la psicoterapia, Cuenca, 24 de Octubre del 2007

relaciones interpersonales, falta de equilibrio en las vivencias de los problemas emocionales, se manifiesta hipersensible.

4.4.1.1.12.5. TEST DE LOS GARABATOS

Los garabatos de María, están localizados en la zona central, indicando represión; utiliza como mecanismo de defensa el aislamiento llevándole a una supresión de la vida afectiva; sus trazos entrecortados al rededor de su nombre, reflejan su percepción del medio ambiente y su mundo exterior como agresivo, sobre todo, la relación con su madre que está cargada de mucha agresividad la cual proyecta con un garabato muy fuerte trazado en la zona de protección materna.



Test¹¹²

4.4.1.1.13. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Según criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) que es utilizado en Hospital “José Carrasco Arteaga” como instrumento de diagnósticos, se trata de un Trastorno Somatomorfo: T. de conversión con convulsiones (histeria)

- Trastorno de Somatización con convulsiones; en este caso la niña presenta síntomas de abuso sexual, lo que está repercutiendo en su salud emocional.
- Procesos de duelo no resueltos (muerte del padre biológico hace 6 años, y de su abuelo materno hace 3 años)

4.4.1.1.14. INFORME PSICODINÁMICO

El yo de la paciente se encuentra inestable e intenta alcanzar un equilibrio, puesto que, desde la infancia su vida se ha caracterizada por la carencia de afecto, maltrato físico, psicológico y abuso sexual, situaciones que hacen que la paciente desarrolle mecanismos de defensa como: negación, evasión, aislamiento, resistencia, represión, regresión, racionalización llevándole a ser una persona aislada e inaccesible ante las relaciones sociales y afectivas, de manera que, su yo reprime los procesos psíquicos que no aprueba y los manda al inconsciente, provocando sus síntomas.

El superyó de la paciente tiene rasgos severos, se enfrenta a las defensas del yo, provocando en ella intensos sentimientos de culpa y auto castigo. En su hogar no existe

¹¹²Test de garabatos, catarsis de María al momento de la psicoterapia, Cuenca, 24 de octubre del 2007

figura paterna, debido al desconocimiento de su padre biológico y por ende a la falta de relación con el mismo, a las múltiples parejas de su madre con las que ha procreado sus otros hijos, situación que confunde a la paciente en el aspecto moral y afectivo, quebrantando, las bases mismas de la estructura familiar.

El aislamiento emocional se debe a causa de los maltratos y abuso sexual a los que ha sido sometida la niña desde muy pequeña, afectando drásticamente el equilibrio emocional, causando confusión al momento de controlar y manifestar sus emociones.

4.4.1.1.15. PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

- Acompañamiento psicoterapéutico
- Abuso Sexual.
- Duelos no resueltos.
- Terapia Familiar (Madre y hermanos)
- Protección de menor a través de Instituciones como: SIREPAN y/o IESS.

4.4.1.1.15.1. CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Hospitalización: Departamento de Pediatría, habitación compartida.

Consultorio: Privado, tranquilo.

Posición entre paciente y terapeuta: Habitación de hospitalización de pediatría, consultorio con escritorio.

4.4.1.1.15.2. CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

15 de octubre del 2007

La paciente ingresa al hospital por emergencia, fue traída por su madre al presentar convulsiones con pérdida de conocimiento y caída, la niña permanece callada todo el tiempo. Se le realizan los exámenes médicos necesarios para determinar con exactitud el diagnóstico de la enfermedad que padece.

17 de octubre del 2007

El Dr. León Tinoco García, da el resultado de electroencefalograma solicitado por interconsulta, el cual tiene como conclusión: EEG. Sin actividad epiléptica.

19 de octubre del 2007

Se recibe el resultado del TAC de cráneo simple, realizado por el Dr. José Moscoso Correa, Imagenólogo, cuyo informe se detalla e indica total normalidad.

23 de octubre del 2007

Luego de permanecer en hospitalización de pediatría desde el día 15 de octubre, es remitida a psicología, razón por la cual empezamos a prestar asistencia psicológica a la paciente de aproximadamente 13 años. Su aspecto transmitía un llamado de atención a las personas que la rodean para que le prestaran ayuda inmediata, se trata de una niña al parecer del campo, con poca cultura, sencilla, denota timidez, con mirada esquiva, sonríe de vez en cuando pero no habla, permanece acostada en su cama, cubierta con una sabana, la que sostenía con ambas manos, haciendo que esta llegue a cubrir parte de su rostro como que quiere ocultarse tras de ella, su mirando siempre atenta a todo lo que está pasando a su alrededor; muy callada y poco colaboradora, parece tener mucho temor, no responde a estímulos verbales, por esta razón, se recurre al trabajo con

dibujos libres, como medios de expresión y, se busca la empatía necesaria para lograr un buen desenvolvimiento durante el proceso psicoterapéutico que se está iniciando.

24 de octubre del 2007

En esta ocasión, continúa con la misma actitud anterior: callada, sonrío con mirada esquiva, poco colaboradora, se queja de constantes dolores de cabeza. Se continúa con dibujos buscando que exteriorice, poco a poco, cualquier cosa que quisiera comunicar y que nos pueda llevar a un entendimiento.

Se le pide que haga un dibujo, de manera que al mirarlo nosotros podamos entender lo que quizá quería decirnos, que era importante que nosotros podamos entender lo que a ella le está sucediendo para poder ayudarle.

Le agrada dibujar, está atenta, su mirada tiene una expresión de curiosidad cada vez que extiende su mano para entregar uno de sus dibujos espontáneos. En un inicio fueron puntos rayas, nada en concreto pero luego dibujó una casa solitaria en las montañas alegando que es su casa, donde ella vive, pero dice que no le gusta porque es lejos.

25 de octubre del 2007

Se consideró, que la habitación de hospitalización no es el lugar ideal para llevar a cabo un apoyo psicológico, debido a que la compartía con otras niñas, ante todo, si se tiene el antecedente de que la paciente pudo ser objeto de abuso sexual. En vista de que la niña podía movilizarse por sus propios medios se creyó que el lugar más adecuado, privado, en el que la niña podía hacer su catarsis y exteriorizar todo su problema, es el consultorio psicológico del hospital, de manera que, es ahí donde se realizarán las sesiones siguientes a partir de hoy; esto permitió que la niña tenga un espacio privado y logre finalmente “explotar”. Demuestra labilidad emocional, llanto, crisis de angustia; recuerda y verbaliza el abuso sexual en el que fue víctima de su propio tío materno, quien abusó de ella cuando cumplía con una de las tareas de rutina encomendadas por su madre, la niña debía llevar a pastar el ganado muy temprano en la mañana todos los días. Se trabaja con terapia de juego (muñecos anatómicos) que nos permiten la identificación de él o los agresores y narrar de una manera más clara todo lo sucedido. Dice la paciente, que el sujeto ya le seguía los pasos en algunas ocasiones, pero ella, la mayoría de veces iba con sus hermanos pequeños. En ese día, él la sorprendió sola y la arrastró a los matorrales, lugar donde la violó, ella grito muy asustada, pero nadie escucho porque estaba en la montaña, y dice “porque no me mató, era que me mate, porque no me mató” repetía constantemente, se puso muy pálida y su cuerpo empezó a desfallecer mientras suplicaba “ doctora deme un cuchillo, deme un cuchillo, no sea mala, deme un cuchillo, yo no quiero vivir, ya no quiero vivir, ella sabia y no hizo nada, no le importó, no hizo nada, yo quiero morirme, deme un cuchillo. Fue un momento de emociones penosas muy fuertes, ella lloraba sintiéndose muy culpable e indigna. En primera instancia, se busca desculpabilizar a la niña por aquel acto brutal que no logra comprender, ni dar un nombre, debía saber que desafortunadamente no es la única persona a la que le sucede ese tipo de cosas y que nada tiene que ver su edad, voluntad o condición social, que le entendemos que ella no buscó esa situación, el único culpable ahí era el sujeto que le había hecho daño; que debía contar a su madre para que la proteja. Fue ahí, cuando la niña dice que su madre si sabe a cerca del acoso sexual por parte de su tío, que ella siempre le dijo, pero que nunca le creyó, le trataba de mentirosa y nunca hizo nada para cuidarla. El agresor estaba siempre en los asuntos familiares porque es hermano de su madre, es albañil, y, siempre está en el pueblo “ *todo el mundo allí sabe que abusa de las niñas pero nadie hace nada*”. Finalmente dice que uno de sus primos mayores también abuso de ella y que siempre la está rondando.

Por encontrarse los violadores, dentro del núcleo familiar, y por la actitud indiferente de su madre ante la seguridad de su hija, se ve la necesidad urgente de dar parte a los organismos necesarios para que tramiten la protección de la menor.

29 de octubre del 2007

La Dra. Mariana Gaibor, médico tratante de ginecología, da su reporte en respuesta a la interconsulta solicitada, en el que se verifica los antecedentes de múltiples abusos sexuales desde aproximadamente.

30 de octubre del 2007

te los 9 años de edad de la paciente.

La niña se encuentra más tranquila, animada, refiere sentirse mejor, que ya no se marean ni le duele la cabeza; está dispuesta a colaborar en la terapia, de hecho sabe hablar y no presenta signos de retardo mental. Pueda expresarse más abiertamente a cerca del abuso sexual de la que fue víctima exteriorizando sus sentimientos, su repugnancia; pero hay algo más que le preocupa y es la muerte de su abuelo, siente que si él no hubiera muerto a ella no le hubiese sucedido nada malo porque dice que el si la quería y la cuidaba. Hoy se trabaja con el “duelo de su abuelo” que no está resuelto desde hace aproximadamente 3 años, tiempo en el que se cree que se da la primera violación de la niña. Para los trámites legales y de salud dentro del hospital era necesario hacer valoraciones ginecológicas por personal perito fuera del hospital que debían dar testimonio de que todos los datos que constaban en el historial de la paciente fueran verídicos esto hace que la niña se sienta agredida sexualmente cada vez que un medico desconocido le hacía dicha valoración. Ante esta situación nosotros no pudimos hacer nada para evitarlo a pesar de hablar en las oficinas de trabajo social y con el investigador social de la zona, Lcdo. Fernando Sánchez. Se pide el resultado de la valoración ginecológica lo antes posible para que no la tocan más a la niña y se hace hincapié en que se insista en el trámite con el SIREPAN para la protección de la menor.

31 de octubre del 2007

La niña está animada, más comunicativa; ha mejorado notablemente sus relaciones con el personal de enfermería. Hoy, se trabaja con terapia de duelo, para superar la muerte de su padre que falleció cuando ella tenía aproximadamente 7 años de edad. La paciente manifiesta que no puede superar el hecho de que vio a su padre por primera vez el día que el falleció, se agudiza cada vez más la idea de que si él no la hubiese abandonado desde pequeña su vida sería distinta, siente que ahora si lo perdió para siempre y ya no tiene quien la proteja.

1 de noviembre del 2007

La niña se siente mejor, pero, lamentablemente, no hay respuesta de los organismos de protección a menores, trámite que se encuentra realizando el Departamento de Trabajo Social. Este es el motivo por el que no le han dado el alta en el hospital; mientras tanto, se continúa con el proceso psicoterapéutico mediante dibujos que le ayudan en su catarsis; el poder hablar, de todo lo sucedido, alivia mucho a la paciente y dice tener ganas de volver a su casa porque extraña mucho a sus hermanos.

7 de noviembre del 2007

La niña dice sentirse mejor; su actitud es positiva; se muestra colaboradora; sin embargo, en momentos, se entristece y dice estar confundida, siente ambivalencia emocional: quiere regresar a su casa porque extraña a sus hermanos; pero, a la vez, no quiere volver porque tiene miedo y no quiere ver a su madre.

9 de noviembre del 2007

La niña se encuentra un tanto ansiosa, fastidiada; refiere cefaleas durante las mañanas; manifiesta que quiere ir a su casa.

12 de noviembre del 2007

La niña fue trasladada al centro de acogida “COFRA,” Corazones Fraternos, una fundación que le brindará apoyo y protección. A esto, debo agregar que su madre no visitó a la niña en el hospital desde el día 15 de octubre, fecha en que internó a la niña.

4.4.1.1.16. RESULTADOS

La niña ha respondido favorablemente ante el apoyo psicoterapéutico que se le ha brindado en esta casa de salud, cambiando su actitud de retraimiento y aislamiento emocional por una buena comunicación con las personas que la rodean, de manera que se cree que si continúa con el proceso psicoterapéutico iniciado podrá superar prontamente su inestabilidad emocional; sin embargo, no debe ser dada de alta mientras no se le ubique debidamente en un centro de protección para menores debido a que el violador se encuentra dentro de la familia, situación que se suma a la falta de cuidados y violencia por parte de su madre y hermanos mayores.

4.4.2. CASO “BLANCA”

4.4.2.1. HISTORIA CLÍNICA

4.4.2.1.1. DATOS DE FIALIACIÓN

Nombre: Blanca.
Edad: 30 años.
Sexo: femenino.
Estado civil: soltera
Ocupación: Empleada de Cerámica Andina.
Procedencia: El Tejar
Telf. 2 856795
Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2007.
Historia C: 178098

4.4.2.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Solicita ayuda porque dice que se está ahogando sola. La paciente dice: *“No he tenido una vida tan bonita, pertenezco a una familia de diabéticos, cancerígenos y tengo mucho miedo. No me siento bien conmigo mismo por mi forma de actuar o de comportarme”*.¹¹³

4.4.2.1.3. PROBLEMA VITAL

Blanca es una persona que mantiene la mayor parte de su tiempo ocupado en su trabajo, puesto que, desde las 6h00 hasta las 14h00 trabaja en la Cerámica Andina, por casi 3 años, cargando platos. Desde las 14h45 hasta las 18h30, trabaja en un taller de costura en La Colina de Cullca; sale del trabajo y va a su casa; realiza las tareas pendientes, pero cuando su hermano le pide que le ayude en su taller de costura, también lo hace por las noches. Refiere que cuando está sola, en su cuarto, se sienta a pensar y le vienen pensamientos feos sobre muertos, enfermos, y dice: *“que las personas que quiero se van, llegan así plum, no quiero pensar y sigo pensando”*.¹¹⁴ Manifiesta que “cayó” en cama el fin de semana.

4.4.2.1.4. ANTECEDENTES

Blanca pertenece a una familia disfuncional de escasos recursos económicos. Dice que no tuvo madre, puesto que, les abandonó a ella y sus 3 hermanos con su padre, cuando Blanca tenía aproximadamente 6 años de edad. Recuerda que su madre salió al mercado hace 24 años y no volvió más, *“se perdió”*. Su papá la buscó muchísimo, sufría demasiado, tomaba bastante licor, se dedicó al alcohol como 7 meses *“por ella”*; hasta que un día decidió seguir adelante sin ella; prefería no hablarles más del tema porque se ponía muy triste. Se dedicó mucho a sus hijos; los niños vendían periódicos y él vendía cocos. *“Él pensó siempre en nosotros; nunca nos dio una madrastra”*. Recuerda que la familia de su madre le reclamaba a su papá por la desaparición y llegaron a decirle que él la había matado, pero Blanca no cree que sea así. Casi no hay relación con los familiares maternos; las pocas veces que se han visto siente que es humillada y que le dicen que va por interés, *“por un pedazo de terreno”*. Siente que siempre humillaron a su padre quien muere de cáncer al estómago hace aproximadamente 2 años pero ella aún

¹¹³Comunicación personal al momento de la consulta inicial, Cuenca, diciembre del 2007, estado crítico de la paciente.

¹¹⁴ Ibid.

le extraña: *“le extraño mucho, todavía le llamo que no me deje”*. Blanca es madre soltera, su hija Camila tiene 12 años; no conoce a su padre, él se fue a los EE.UU. cuando tenía 3 meses de nacida. Blanca se siente sola, no sabe cómo ayudarse ni ayudar a su hija con quien son buenas sus relaciones, dice *“estamos siempre juntas”*, Tiene miedo constante de que algo malo les pase, de tener la enfermedad de su padre, miedo a la muerte. Refiere tener *“náuseas secas”*, sin motivo; en un inicio, eran 2 ó 3 veces al mes, hoy son más constantes, 2 ó 3 veces al día.

La Paciente refiere que las crisis le dan *“de pronto.”*

- Primera crisis con pérdida de conocimiento, cuando murió su padre. Solo se acuerda que cerró sus ojos y que quería llevarlo a la casa.
- Segunda crisis, a los 4 meses de la muerte de su padre, refiere que estaba arreglando la casa y su hija se fue al catecismo; se recostó un rato y luego recuerda que quería salir corriendo.
- Tercera crisis, hace aproximadamente 7 meses (junio) recuerda haber estado solo mirando al techo y lloraba.
- Cuarta crisis, hace aproximadamente 3 meses (agosto) antes del aniversario de la muerte de su padre; recuerda que estaba en la cocina y hablaba con su papá *“y yo le decía que sea feliz para yo ser feliz, Yo era la única que le soñaba; me quitaron todas las cosas de él; me sentía perdida”*. Recuerda que quería dormir y su hermano no le dejaba.
- Quinta crisis, en el aniversario de la muerte de su padre, se quedó dormida antes de ir al cementerio y su hermano le cuenta que llamaba a gritos a su mamá.
- La última vez que la internaron, hace 15 días, dice Blanca que ella no ve como crisis; no hubo pérdida de conocimiento, sino cree que fue una baja de presión porque tenía *“helado el cuerpo, náuseas, deseos de salir corriendo”* estaba con suero y oxígeno; refiere que en otras ocasiones ya le ha sucedido lo mismo y en emergencia le han dicho que son crisis de ansiedad.
- Alega que el fin de semana anterior estaba con su sobrino y sintió que se le soltó el cuerpo; *“me dio náusea seca como siempre”*; comenzó a desesperarse y a querer correr; le miraba a su sobrino y lloraba, *“recuerdo que le llamé a mi ñaña y luego me desmayé; sentí que me cargaban muchas manos; era todo blanco, no pensaba nada, tenía miedo a no abrir mis ojos; tengo miedo a la muerte, mucho miedo”*.¹¹⁵

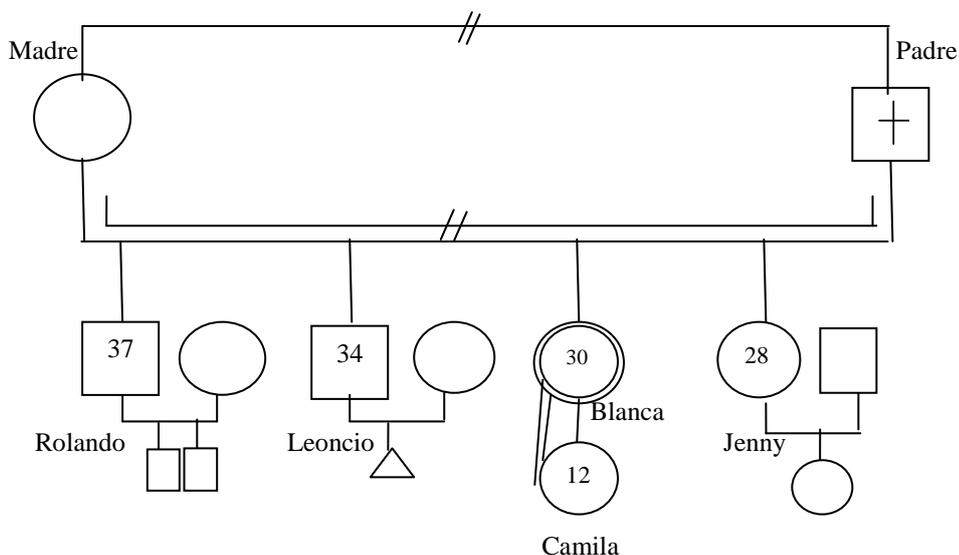
A la paciente le preocupa, que a veces, piensen que molesta a las personas con las que vive; ellos son muy buenos dice, pero prefiere tomar como préstamo la ayuda económica que le brindan en ocasiones; a pesar que ellos le dicen que no se preocupe por ahora.

¹¹⁵ Comunicación personal al momento de la consulta inicial, Cuenca, diciembre del 2007, estado crítico de la paciente.

4.4.2.1.5. ESTRUCTURA FAMILIAR

Su madre les abandonó hace aproximadamente 24 años y su padre murió de cáncer al estómago hace 2 años. Blanca es madre soltera, su hija Camila tiene 12 años; viven con su hermano Leoncio de 34 años, casado; su esposa, María Elena, está embarazada; las relaciones entre ellos es buena; hay un ambiente de apoyo y colaboración; sus otros hermanos, Rolando de 37 años con 2 hijos y Jenny de 28 años con 1 hija, están casados y viven cada uno con sus familias en sus hogares independientes; las relaciones entre hermanos es buena

FAMILIOGRAMA



4.4.2.1.6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Síndrome histérico; caracterizado por déficit motores, hipocondría; Trastorno de estado de ánimo: distimia y duelo no resuelto, debido a experiencias traumáticas vividas en su infancia

4.4.2.1.7. RECOMENDACIONES

Debido al estado crítico de la paciente, la cual se encuentra hipersensible se la debe motivar para que se acerque a recibir el apoyo psicoterapéutico necesario a la vez que debe realizarse los exámenes médicos necesarios para descartar cualquier enfermedad médica.

4.4.2.1.8. EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS

- ECO-BIOMETRÍA 10 Hiperplasia Endometrial
- ECO ENDOVAGINAL Ovarios poliquísticos
- PAP CERVIX Normal
- BIOMETRÍA Normal
- EEG Actividad focal.

- EX. GLICEMIA Normal.
- TC DE CRANEO Normal.
- EDA Normal.

4.4.2.1.9. INTERCONSULTAS 07/06/2006

Neurología
Dermatología
Ginecología
Psicología Clínica
Medicina General
Gastroenterología

Las interconsultas reflejan el recorrido de la paciente Blanca por los distintos especialistas, a través de consulta externa, en busca de recobrar su salud.

4.4.2.1.10. BATERÍAS DE TESTS PSICOLÓGICOS

- Inventario de depresión de Beck.
- Dibujo de sí mismo

4.4.2.1.11. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Es importante que la paciente disponga de un espacio adecuado donde pueda expresar libremente sus conflictos emocionales, se presentó a la consulta en una situación muy crítica, confundida, por lo que se le pidió que realice un dibujo lo que permitió que la paciente logre verbalizar los problemas que le están preocupando, y las pérdidas significativas de su vida como el abandono de su madre, enfermedad y muerte de su padre, los temores que padece, etc.

4.4.2.1.11.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Obtiene una puntuación de 30, reflejando depresión grave

4.4.2.1.11.2. DIBUJO DE SÍ MISMO



Dibujo de si mismo¹¹⁶

¹¹⁶Dibujo de sí mismo, catarsis de Blanca al momento de la intervención en crisis, Cuenca, 18 de diciembre del 2007

Toma una pintura de color verde, su actitud ante el test fue de dificultad para iniciar el dibujo, comenta que no puede, que no sabe cómo hacerlo. Se muestra muy ansiosa, inicia el dibujo a la vez que presenta una explosión de expresiones emocionales mayores con llanto y desmadejamiento, indicando un desequilibrio en su personalidad, pronuncia durante su catarsis frases como:

No puedo, no puedo mi niña, yo creo que soy mala, que soy egoísta, me aferro a las personas que no me quieren, esta niña que todo el mundo hizo todo lo que quiso, esta niña soy yo y hasta ahora no entiendo porqué no puedo ser fuerte, que nadie me haga daño, que nadie se burle, fuera una niñita normal si no se hubiera ido, por qué nadie me entiende, quisiera ser niña otra vez, quiero mi papá a mi lado, lo extraño mucho todavía, le llamo que no me deje, me da miedo tener la enfermedad de él. Ésta- soy- yo- mi niña.¹¹⁷

La paciente se encuentra muy triste y llora. El test refleja su dificultad para visualizar su imagen corporal: Cabeza grande que indica que enfatiza la inteligencia como fuente de satisfacción; ojos pequeños, el deseo de ver lo menos posible; cuello largo y delgado, característica esquizoide y un gran esfuerzo por mantener el control; tronco largo y delgado, conlleva connotación esquizoide; hombros muy pequeños, sentimientos de inferioridad; brazos largos, esfuerzos ambiciosos, delgados, debilidad; las manos una presentación más infantil; piernas separadas, desafío y una gran necesidad de seguridad; pies grandes, necesidad de seguridad. El color que escoge y la debilidad de sus líneas reflejan ansiedad, depresión, inadecuación, indecisión, miedo al fracaso; no hay una línea base, lo que implica poco contacto con la realidad.

4.4.2.1.12. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Según criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) que es utilizado en Hospital “José Carrasco Arteaga” como instrumento de diagnósticos, se trata de un Trastorno Somatomorfo: T. de conversión con déficit motores, hipocondría (histeria); Trastorno de estado de ánimo: distimia y duelo no resuelto, debido a experiencias traumáticas vividas en su infancia.

4.4.2.1.13. INFORME PSICODINÁMICO

El yo de la paciente se encuentra profundamente alterado, inestable y busca su equilibrio a través de mecanismos de defensa tales como: negación, evasión, aislamiento, resistencia, represión, regresión, sublimación, desplazamiento, racionalización; haciendo de ella una persona aislada y temerosa del medio que la rodea, de manera que su yo reprime toda posibilidad de expresión de su conflicto psíquico que se ha formado por vivencias displacientes que han sido guardadas en el inconsciente, las mismas que se manifiestan actualmente a través de los síntomas.

Desde la infancia su vida se ha caracterizada por la carencia de afecto y cuidados maternos, en su hogar no existió figura materna debido al abandono de su madre biológico cuando apenas tenía 7 años de edad; esto quebranta la confianza básica en la personalidad de la paciente, creando confusión en el aspecto moral y en el control de sus emociones.

El súper yo de la paciente tiene rasgos severos, se enfrenta a las defensas del yo provocando en ella intensos sentimientos de culpa y abandono.

¹¹⁷ Comunicaciones personales en el momento de la catarsis mientras realizaba un dibujo de si mismo, Cuenca, diciembre del 2007

4.4.2.1.14. **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

- Acompañamiento psicoterapéutico
- Terapia de perdón.
- Proceso de duelos.

4.4.2.1.15. **RESULTADOS**

La paciente se encuentra muy deprimida, confundida, con múltiples vivencias negativas del pasado que no han sido debidamente resueltas y que no le permiten desenvolverse con normalidad en ninguna de las actividades que realiza diariamente. No ha recibido apoyo psicológico anteriormente, de manera que se cree que es fundamental que continúe con el proceso terapéutico iniciado para que logre su recuperación lo antes posible.

4.4.3. CASO “MARÍA DEL CARMEN”

4.4.3.1. HISTORIA CLÍNICA

4.4.3.1.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: María del Carmen
Edad: 40 años.
Sexo: femenino.
Número de hijos: tres (14, 12, y 10 años)
Ocupación: Empleada (Limpieza)
Procedencia: Cdl. Casa para todos
Fecha de consulta: 24 de enero de 2008.
Historia C: 59255

4.4.3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente muy ansiosa, con sensibilidad y labilidad emocional; refiere sentirse así todo el tiempo; dice que cree que se está volviendo loca, que se repite frases en voz alta para aclarar sus ideas y convencerse a sí misma que todo está bien. Tiene muchos problemas familiares, angustia constante por el bienestar de sus hijos, a quienes llama “mis pollitos” y siente la necesidad de ayudar a quien solicite su colaboración aún postergando sus intereses personales.

4.4.3.1.3. PROBLEMA VITAL

María del Carmen tiene experiencias traumáticas vividas en las diferentes fases de su desarrollo, las mismas que no han sido superadas, y, están interfiriendo drásticamente en su salud, tanto física como emocional, estas, afecta fuertemente sus componentes conductuales: (nerviosa, inquieta, pide explicaciones todo el tiempo); emocionales: (miedo, ansiedad, tristeza, irritabilidad, resentimiento); interpersonales: (críticas repetidas por parte de sus compañeros de trabajo); fisiológicos: (sudores, adormecimiento de sus manos y brazos); cognitivos: (“*creo que me estoy volviendo loca, soy un bicho raro, esta María quiere ser otra María, ya estoy loca vuelta, no tengo control*”;¹¹⁸ mantiene soliloquios constantemente refiere, “*Hay esta María está loca;, siempre me hablo en voz alta para poder escucharme*”)

La paciente es una persona que desconfía profundamente del medio que la rodea, a tal punto, que durante las noches, une su cama a la de sus hijos de 14, 12 y 10 años para dormir juntos y así estar segura de que nada les va a pasar. Alega “*No puedo dormir, es como..., algo está en mi mente, mi cerebro hace repaso y no puedo dormir, recuerdo cosas del pasado, quisiera que me guíe, que me oriente, en todo esto, las cosas que me pasan, la ansiedad que siento*”¹¹⁹ Tiene preocupación constante y exagerada por el bienestar de sus hijos, situación que altera el normal desenvolvimiento del ambiente familiar

¹¹⁸Comunicaciones personales al momento de la primera consulta, Cuenca, enero del 2008

¹¹⁹Ibid.

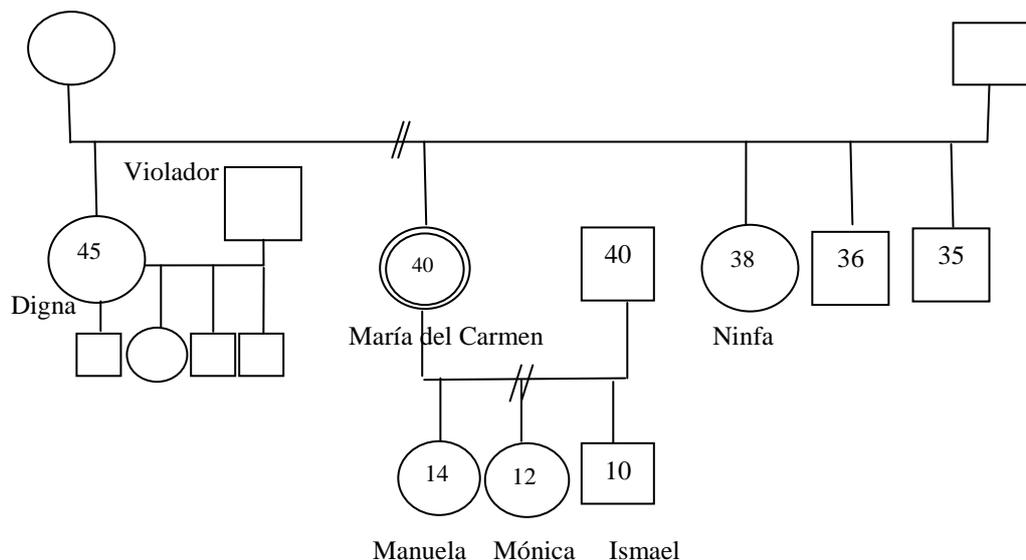
4.4.3.1.4. ANTECEDENTES

La paciente pertenece a una familia de bajos recursos económicos y de un nivel socio-cultural bajo. Su madre trabajaba todo el tiempo y dejaba a sus hijos en una guardería para poder hacerlo, pasando el resto del tiempo en la casa, solos bajo el cuidado de su hermana mayor quien maltrataba cruelmente a los hermanos más pequeños todo el tiempo. La paciente recuerda su infancia con mucha angustia, pues, dice que debido al maltrato psicológico, físico y sexual en muchas ocasiones, solo quería morir. Su madre permitió que un Sobrino llamado Miguel viviera en la casa, situación que María del Carmen no se explica; el hombre fue el abusador sexual de María del Carmen, su hermana Diana con quien su madre la hizo casar luego de maltratarla brutalmente por encontrarse embarazada, posiblemente también de su hermana Ninfa y conviviente secreto de su madre con quien tiene su último hijo, su madre había otorgado a Miguel toda la autoridad dentro de su hogar. María del Carmen es la proveedora del hogar, de manera, que utiliza su tiempo en un trabajo público dedicándose a la limpieza, lo cual exige de ella una vestimenta masculina, y mucho trabajo físico, de manera, que cuando regresa a su hogar está muy cansada y sin paciencia para afrontar debidamente las labores domésticas y de atención a sus hijos que, por su edad, demandan aún la atención materna.

4.4.3.1.5. ESTRUCTURA FAMILIAR

Se caracteriza por ser un hogar disfuncional, carece de figura paterna, está formada por María del Carmen que es la madre de tres hijos: Manuela de 14 años, Mónica de 12 años e Ismael de 10 años a quienes sobreprotege demasiado y tiene una relación absorbente y asfixiante que afecta drásticamente el normal desarrollo familiar.

FAMILIOGRAMA



4.4.3.1.10. BATERIAS DE TESTS PSICOLÓGICOS

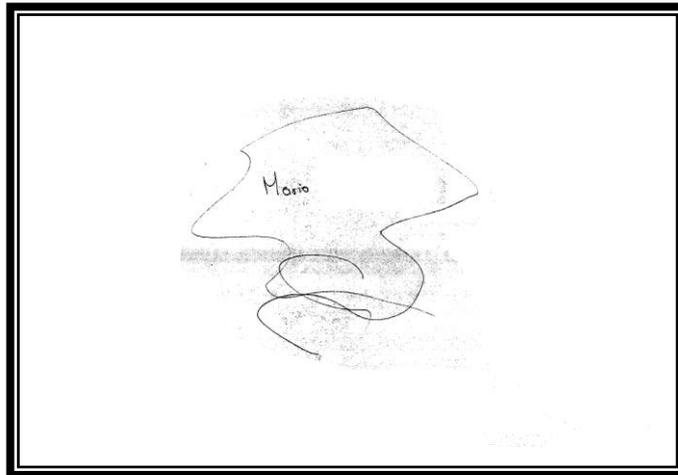
- Test. de Garabatos.
- Dibujo de sí mismo.
- H.T.P.

4.4.3.1.11. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

La paciente hace su catarsis con la ayuda de tests proyectivos, logrando así expresar sus conflictos emocionales. Inicialmente lo hizo mediante dibujos y luego fue verbalizando, expresó así abiertamente sus problemas de maltrato físico, psicológico, abuso sexual; situaciones que han impedido que la paciente lleve una vida normal.

4.4.3.1.11.1. TEST DE GARABATOS

Sus garabatos son de aislamiento, la paciente siente constantemente agresivo y restrictivo el medio que la rodea, ya sea en su hogar o en el trabajo, prefiere estar sola la mayor parte del tiempo, se dedica a sus obligaciones sin que importe el tiempo que lleve hacerlo; proyecta además, una fuerte fijación materna. La zona inferior corresponde al instinto de conservación de la vida, protección materna y nutrición, es muy obsesiva y exagerada en cuanto al cuidado de sus hijos a quienes llama “mis pollitos”.

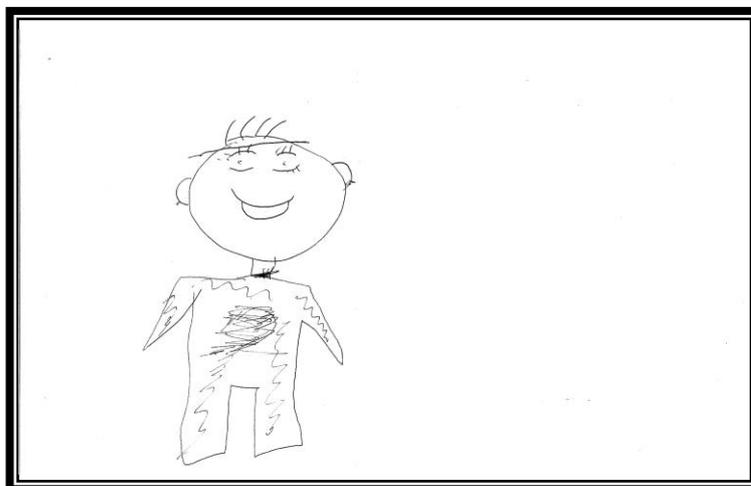


Test de garabatos¹²¹

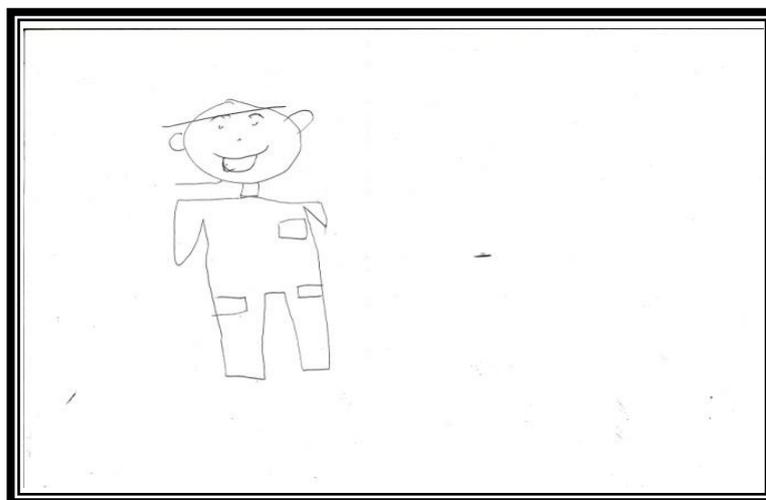
4.4.3.1.11.2. DIBUJOS DE SÍ MISMO

Sus dibujos reflejan tensión, rigidez, inseguridad, aislamiento, falta de contacto y comunicación con las personas que le rodean, agresión oral, hostilidad, baja autoestima y desvalorización de sí misma, preocupación sexual, masculinidad, (La paciente viste overol y zapatos masculinos como uniforme diario de trabajo y es muy probable que refleje aquello en sus dibujos)

¹²¹Test de garabatos, catarsis de María del Carmen al momento del proceso psicoterapéutico, Cuenca, 24 de enero del 2007



Dibujo de sí mismo 1¹²²

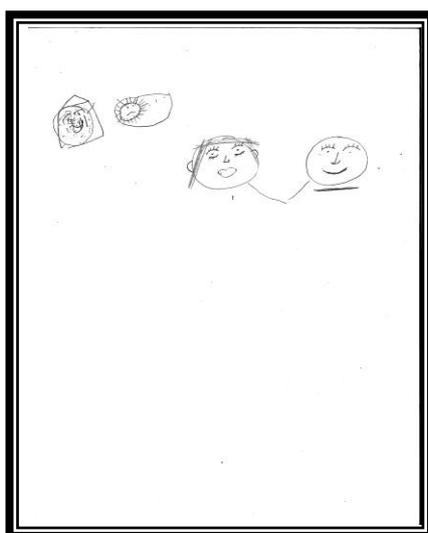


Dibujo de sí mismo 2¹²³

Al realizar un tercer dibujo hace únicamente rostros y comenta; que son las máscaras que debe utilizar todo el tiempo cuando está en su casa y en el trabajo pero que a pesar de ello tiene una hija que se da cuenta fácilmente cuando tiene problemas.

¹²² Dibujo de si mismo 1, catarsis de María del Carmen al momento del proceso psicoterapéutico, Cuenca 24 de enero del 2007

¹²³ Ibid.



Dibujo de sí mismo 3¹²⁴

En el dibujo superior izquierdo, dibuja un punto en especial, y muchos más a su alrededor, dice que se siente como una hormiga, dibuja una cara “máscara” sobre ella y posteriormente la encierra en una casa, alegando que es así como se siente; dibuja un sol y lo encierra también y comentando que el sol no llega a todos porque por ejemplo no le llega a ella.

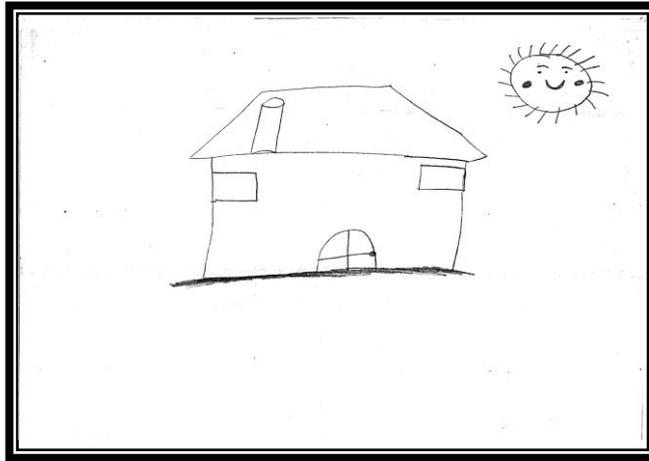
4.4.3.1.11.3. H.T.P.

Proyecta claramente el ambiente restrictivo en el cual se desenvuelve: tensión, rigidez, ansiedad, hostilidad, necesidad de apoyo, miedo o evitación del ambiente, labilidad, pérdida de control, agresión oral, preocupación sexual, conflictos en la identidad de género, conflictos sexuales, actin aut.

Podemos ver con claridad su proyección, al dibujar la Casa, el árbol y la persona que nos proporcionan la información a cerca de la manera cómo afronta la paciente sus problemas.

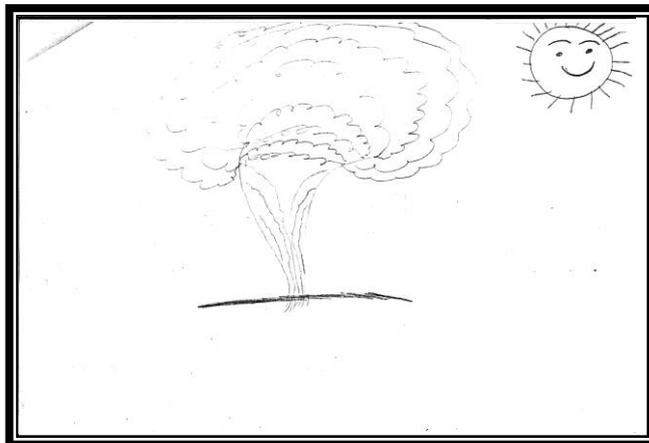
La casa, ocupa el plano central, eso nos indica la rigidez como compensación de su ansiedad e inseguridad, con una puerta cerrada y ventanas como huecas, sin cristales, demostrando su excesiva preocupación por la seguridad de su hogar y rechazo a establecer contacto volviéndose una persona inaccesible, además tiene un sol enfatizado, poniendo de manifiesto la ansiedad o conflicto a cerca de la figura de autoridad, y finalmente el énfasis de la línea base de una casa que parece débil bien podría representar su miedo al fracaso.

¹²⁴ Dibujo de si mismo 3, catarsis de María del Carmen al momento de la psicoterapia, Cuenca, junio del 2008



Casa¹²⁵

El árbol, nos demuestra la falta de equilibrio y la mala relación con el ambiente que le rodea: su gran tamaño nos da a conocer la búsqueda de satisfacciones, la sobrecompensación y su hipersensibilidad ante las situaciones que le rodean; un árbol robusto indica la fuerte necesidad de dominio y exhibicionismo, su base angosta nos sugiere la lucha muy fuerte por mantener el equilibrio y un posible colapso en el control del yo, necesidad de protección y seguridad; El énfasis en el sol nos indica su ansiedad y conflicto a cerca de la figura de autoridad.



Árbol¹²⁶

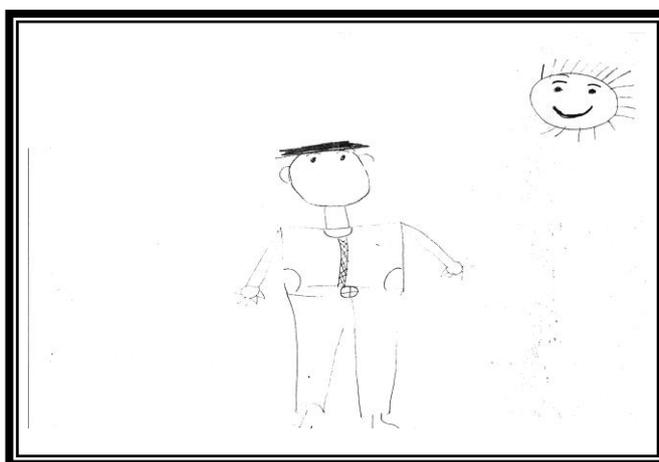
La persona, nos refleja la mala imagen corporal que la paciente tiene de sí misma, su posible conflicto y preocupación en el rol sexual y la las pésimas relaciones interpersonales.

A simple vista vemos que se trata de una figura masculina que sugiere autoridad y respeto, sin embargo no debemos olvidar que la paciente viste ropa masculina por su trabajo en la limpieza de edificios y podría ser influencia de dicha situación, pero veamos: los ojos pequeños son un indicador de que quiere ver lo menos posible, su

¹²⁵ H.T.P., casa, durante la sesión psicoterapéutica de María del Carmen , Cuenca 1 de febrero del 2008

¹²⁶ H.T.P. árbol, durante la sesión psicoterapéutica de María del Carmen, Cuenca 1 de febrero del 2008

cuerpo grande podrían ser sus impulsos no satisfechos, los hombros grandes implican sentimientos de fuerza o preocupación extrema por las necesidades de fuerza y poder; sus brazos delgados reflejan sentimientos de debilidad, la forma de sus manos y dedos reflejan agresión, las pierna gruesas y pies pequeños (similares al tronco de su dibujo del árbol), reflejan la necesidad de seguridad y apoyo, la obligación de demostrar virilidad y dependencia a la vez; el cinturón y la corbata nos sugiere su preocupación o gran inquietud sexual y sentimientos de impotencia.



Persona¹²⁷

4.4.3.1.12. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Según criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) que es utilizado en Hospital “José Carrasco Arteaga” como instrumento de diagnósticos, se trata de un Trastorno Somatomorfo: T. de conversión con déficit sensorial, T. de ansiedad. (Histeria).

4.4.3.1.13. INFORME PSICODINÁMICO

El yo de la paciente se encuentra alterado, no logra coordinar las situaciones actuales. Desde la infancia su vida se ha caracterizada por la carencia de afecto, maltrato físico, psicológico y abuso sexual, situaciones que hacen que la paciente desarrolle mecanismos de defensa como: proyección, sublimación, desplazamiento, negación, evasión, aislamiento, resistencia, represión, formación reactiva, agresión contra el propio self, anulación retroactiva, racionalización; llevándole a ser una persona agresiva, ruda, de baja autoestima, muy nerviosa, ansiosa y con labilidad emocional permanente pero muy trabajadora; de manera que su yo realiza una constante represión de los procesos psíquicos displacientes enviándoles al inconsciente de tal manera que provocan sus síntomas.

El súper yo de la paciente tiene rasgos severos, se enfrenta a las defensas del yo provocando en ella intensos sentimientos de culpa y auto castigo. En su hogar no existe figura paterna de manera que ella asume frontalmente los dos roles de autoridad ante sus hijos, esto crea confusión y carencia de límites dentro de la relación familiar, volviéndose asfixiante y provocando un ambiente restrictivo ante el cual sus hijos reaccionan con rebeldía, situación que altera aún más a la paciente.

¹²⁷ H.T.P., persona, durante la sesión psicoterapéutica de María del Carmen, Cuenca, 1 de febrero del 2008

4.4.3.1.14. PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

- Acompañamiento Psicoterapéutico
- Terapia Psicoanalítica.
- Abuso Sexual.

4.4.3.1.14.1. CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Consultorio: Privado, tranquilo.

Posición entre paciente y terapeuta: consultorio con escritorio.

4.4.3.1.14.2. CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

La paciente María del Carmen es atendida por la Psicóloga de Planta, Dra. Beatriz Valdivieso Palacios, a quien acompaño en las terapias, durante el proceso a partir de enero del 2008.

24 de enero de 2008

Paciente ansiosa, angustiada; refiere sentirse confundida por los conflictos con sus hijos, mantiene reglas rígidas, carencia de límites, pensamientos obsesivos; y, continúa con los sentimientos de culpa que arrastra desde hace mucho tiempo.

La Dra. Beatriz, quien ha llevado el caso de la paciente hasta el momento, le pregunta si tiene inconveniente en que me quedara durante su proceso terapéutico y ella aceptó que me quedara sin ningún problema alegando que mejor si había alguien más que la ayudara.

En esta sesión psicoterapéutica se le pidió a la paciente que realice el test de garabatos y un dibujo de sí mismo, luego trata de leer su autobiografía que llevó como tarea en una sesión anterior con la Dra. Beatriz Valdivieso, trabajo que facilitó que la paciente haga un esfuerzo para ordenar vivencias de su pasado que la están confundiendo y perturbando constantemente, a la vez que le facilitara exteriorizar su conflicto en el momento de la sesión psicoterapéutica. Hay mucha resistencia; tiene la carta, pero no quiere leerla; finalmente, se decide y los fragmentos que pude rescatar, entrecortados como ella misma se expresaba hago constar a continuación:

Te criaste en una guardería... era brava y grosera, nos golpeaba muy duro; se subía encima de nosotros... hasta la directora y la profesora me pegaban. Tenía mucha tristeza y me sentía poquito; mi hermana Digna era muy dura y muy cruel; les ponía un embudo en la boca a mis hermanos chiquitos para que tragaran la sopa caliente que no querían comer, "uf, duele"; nos tapaba con una cobija pesada, grande, era oscuro, nos cogía para bañarnos a baldazos con un balde amarillo, hasta que una señora le decía que ya no... Mi mamá trabajaba y pasábamos siempre solas; el momento de la comida era como una piedra... porque no me muero, cómo será de morirse, como será de matarse... Comida nunca faltó, debíamos ser más responsables, a veces, digo ya estoy loca; tenía una cama y vi que alguien se metió, por ahí, por la ventana, y alguien se metió, alguien se metía por la ventana que quedaba al pie de mi cama... Recuerdo a mi mamá, tejiendo, cocinando, y que algo escondía bajo el colchón, y al poco tiempo nació un bebe, un hermano, era varón... Mi hermana tenía quince años, la mayor, un señor vivía en mi casa, primo hermano, y recuerdo, que mi mamá le pegaba mucho a mi hermana y ella dice que iba a

tener un hijo, y tanto ser pegada por mi mamá, dice que fue abusada por el sobrino de mi mamá; todo es confuso, se casó con mi hermana, mi mamá les hizo casar, pero ese hombre me jodía a mi también... Mi hermana Ninfa estaba rara y yo le dij: te molesta a voz también el Miguel... Al preguntarle por la actitud de su madre responde: “ella nunca nos creía y a él le dio toda la autoridad en mi casa...”¹²⁸

Fue un momento de mucha tensión, angustia para la paciente en el que revivía los recuerdos de su infancia cargados de emociones displacientes, alegando “*al fin, al fin pude decir todo esto que me estaba quemando sin dejarme vivir en paz*”. Refiere sentirse aliviada, como haberse quitado un peso de encima que no le dejaba respirar.

Para finalizar la terapia de hoy, se quemó la carta como parte del ritual del proceso psicoterapéutico.

1 de febrero de 2008

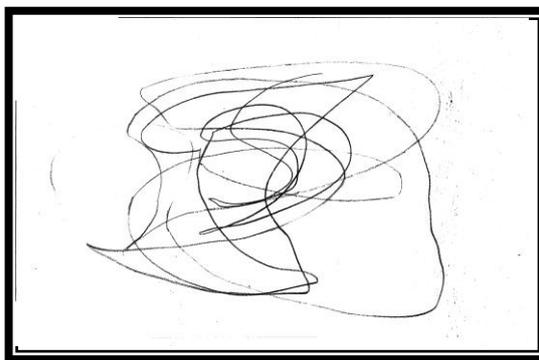
Paciente ansiosa, angustiada, refiere sentirse confundida por los conflictos con sus hijos, con pensamientos obsesivos de orden, de limpieza y de normas morales; continúa con los sentimientos de culpa. Se realiza H.T.P.

Dx: TDM. Ansioso, problemas de relación paterno filiales.

6 de febrero de 2008

La paciente se presenta ansiosa, lábil, llora fácilmente, continúa su preocupación por todas las situaciones que vive en su entorno familiar; se siente confundida por sus pensamientos obsesivos. Se trabaja en intervención en crisis. Se aplica la Psicoterapia en base a la tarea realizada por la paciente.

En el momento de la catarsis, producida durante el proceso psicoterapéutico, en la cual ella menciona y relata el abuso sexual causado por Miguel “su primo, ahora cuñado” dio claras muestras de somatización histórica. Presenta disfunciones motoras (amortiguamiento y parálisis de sus extremidades, ansiedad, angustia, agitación, llanto y ganas de huir de la situación; en ese momento, se le entregó una hoja y un lápiz para que intentara descargar aquella energía reprimida y se obtuvo un garabato que refleja aquella descarga emocional que fue muy fuerte, al punto de que sus manos pudo moverlas únicamente apoyando la una con la otra como si el lápiz estuviera fijo, clavado en el papel.



Test de garabatos¹²⁹

¹²⁸ Comunicaciones personales, María del Carmen, catarsis al momento de la sesión psicoterapéutica, Cuenca, enero del 2008.

¹²⁹ Test de garabatos al momento, María del Carmen, catarsis al momento de la sesión psicoterapéutica, Cuenca, febrero del 2008.

Al realizar este garabato, gastó totalmente la punta de su lápiz y repetía continuamente “no puedo, son mis manos, no puedo mover, están pesadas, siento que algo me anda en mis brazos, son mis piernas, están pesadas, que me pasa, son mis manos”.¹³⁰ Soltó su cuerpo, quedó agotada, desmadejada y finalmente refirió sentirse como vacía, diferente. Refiere la paciente que cuando el abusador la tocaba ella se sentía así, desprotegida y sin poder reaccionar a pesar de la agresión; Ella sentía cuando el hombre se metía por la ventana de su cuarto y se acercaba a su cama quedándose inmóvil, como amortiguada, sentía pesado todo su cuerpo sin poder reaccionar hasta que él se marchaba.

18 de febrero de 2008

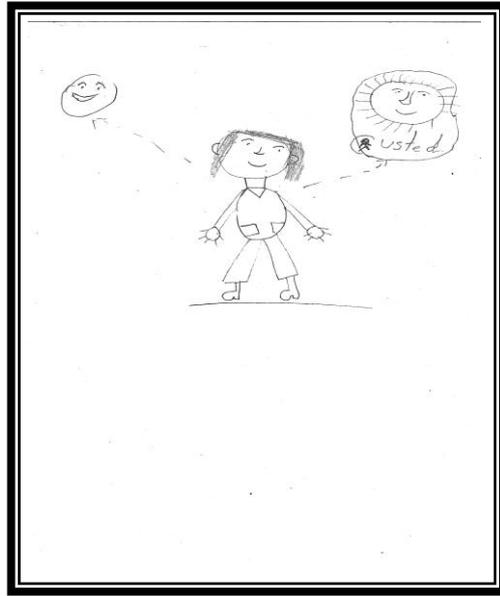
La paciente se encuentra ansiosa, lábil, de llanto fácil; continúa su preocupación por todas las situaciones que viven en su hogar ella y sus hijos a causa de su salud y su carácter; y en su trabajo se siente confundida porque dice que sus pensamientos obsesivos y ciertos eventos críticos de su vida (etapas del ciclo vital) interfieren y no la dejan actuar libremente, siempre está predispuesta ante el comportamiento de los demás, está constantemente a la defensiva, situación que hace que el ambiente de trabajo sea conflictivo y reciba amonestaciones constantes por parte de sus superiores. Hoy está poco colaboradora en la psicoterapia, dice que, al hablar del pasado tiene mucho miedo, prefiere no hacerlo por ahora porque no quisiera recordar, sin embargo, refiere que cuando lo hizo en sesiones anteriores se sintió más aliviada.

11 de marzo de 2008

La paciente continúa ansiosa, con miedo y labilidad emocional; dice sentirse muy mal por situaciones laborales que se vienen dando desde hace mucho tiempo atrás; refiere tener constantes problemas de interrelación personal (le es muy difícil poner límites) y eso le trae muchos problemas, puesto que siempre está haciendo trabajos que no le corresponden y está recargada de trabajo constantemente porque sus compañeros no lo hacen bien e, incluso, se queda tiempo extra de trabajo porque ella así lo quiere para que todo esté correcto, sin embargo, en los momentos de tranquilidad ella se abre fácilmente con los compañeros de trabajo contándoles sus problemas y debilidades que al parecer según ella solo sirve para que le falten más al respeto cuando hay problemas. Alega que a pesar de todo su trabajo constantemente recibe llamados de atención de sus superiores cuando algo no está correcto, sin que sea su responsabilidad y que para ella es muy difícil quedarse callada por lo que da sus puntos de vista y razones que son tomadas como faltas de respeto. Esto le lleva a culpabilizarse drásticamente y mantener pensamientos obsesivos, recurrentes de hechos del pasado.

Se trabaja con terapia Cognitivo-conductual en fijación de límites. María del Carmen se siente mucho mejor, pero siente temor de salir del consultorio; refiere sentirse dependiente de las sesiones terapéuticas. Realiza un dibujo en el que comunica su sentir:

¹³⁰Comunicaciones personales, María del Carmen, catarsis durante sesión psicoterapéutica, Cuenca, febrero del 2008



Test.¹³¹

*“Me estoy acostumbrando a ser dependiente de ustedes; aquí me siento bien, segura, puedo hablar y decir lo que siento sin miedo porque sé que no me van a hacer daño”.*¹³²

20 de marzo del 2008

Hoy la paciente se encuentra más tranquila; refiere que los conflictos tanto de su familia como los de su trabajo han disminuido, lo que le hace sentirse anímicamente mejor. Comenta que no fue tan fácil, pero que pudo empezar a poner límites en algunos aspectos de su trabajo, que los compañeros de su área ya no le critican tanto de manera que se siente un ambiente más tranquilo.

15 de abril del 2008

María del Carmen se siente muy ansiosa y angustiada nuevamente; refiere preocupación por conflictos en su trabajo que le tienen confundida todo el tiempo, sin embargo, relata: *“ahora ya puedo decir las cosas, un poquito, pero ya no me quedo callada; digo lo que creo o si no me retiro a hacer mi trabajo, pero ya no me estoy metiendo a defender a nadie; ni hago el trabajo que no me corresponde; estoy más tranquila, pero siguen los problemas y eso me desespera...”*¹³³ Se trabajó durante la psicoterapia para fortalecer la paciencia de la paciente y corregir los pensamientos automáticos que la están haciendo tanto daño.

20 de agosto del 2008

La paciente se encuentra ansiosa, angustiada por problemas laborales, aunque dice que ya no son muchos como antes y que siente que puede tener un poco más de control en sí

¹³¹ Dibujo de sí mismo, María del Carmen durante la sesión psicoterapéutica, Cuenca 11 de marzo del 2008

¹³² Comunicaciones personales, María del Carmen, catarsis durante la sesión psicoterapéutica, Cuenca, marzo del 2008

¹³³ Comunicaciones personales, María del Carmen, catarsis durante la sesión psicoterapéutica, Cuenca, abril del 2008

misma, a la hora de afrontarlos, pero que, sin embargo, siente que esos problemas le afectan demasiado. En cuanto a las relaciones familiares dice que todo está más tranquilo que, incluso, la relación con su cuñado (Miguel) es tensa, pero que ahora ella ya puede saludarlo ya que antes simplemente hacía cuenta que no existía. Refiere darse cuenta de la inconstancia ante la psicoterapia y que quiere retomarla porque le hace mucha falta; siente que le ayuda mucho para sentirse mejor, Lamentablemente el tiempo de las practicas pre profesionales se cumple y queda inconclusa la exposición de los casos no así el proceso psicoterapéutico que deberá seguir la Psicóloga de Hospital para asegurar la curación de la paciente.

4.4.3.1.15. RESULTADOS

Paciente crónica, sin embargo en el tiempo que se le ha brindado la ayuda psicológica adecuada ha respondido favorablemente demostrando una franca recuperación, situación, que es muy conveniente, ya que ha mejorado notablemente en los aspectos familiares como laborales. Es fundamental, que la paciente haga conciencia de la importancia de continuar con el proceso psicoterapéutico iniciado, ya que, solo así podrá superar prontamente su inestabilidad emocional; y conflictos actuales.

4.4.4. CASO “LUZ”

4.4.4.1.HISTORIA CLÍNICA

4.4.4.1.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: Luz
Edad: 27 años.
Sexo: femenino.
Estado civil: soltera.
Ocupación: Empleada doméstica.
Fecha de consulta: 29 de enero de 2008.
Historia C. 192773

4.4.4.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente referida por el Dr. Fabián Ríos, Oculista, quien refiere que los resultados de los exámenes correspondientes son normales; sin embargo, la paciente insiste, preocupación exagerada, dice tener un defecto en su ojo derecho (imperceptible) que impide el normal desarrollo en sus relaciones interpersonales, causando malestar significativo y deterioro social, laboral y de otras aéreas importantes de las actividades de la paciente, siente mucha vergüenza, esto, le provoca inseguridad y baja autoestima. Afirma, que cuando se siente mal, “le hace temblar su cuerpo”, no está tranquila, está andando de un lugar a otro, “*cuando tengo susto me puede la vista*” le duele la cabeza, no puede ver bien, le molesta la luz, tiene miedo de salir.

4.4.4.1.3. PROBLEMA VITAL

Luz siente que su problema le causa malestar todo el tiempo, lo que influye negativamente en todas sus actividades, dice, que es una situación que no puede superar. Habla constantemente de su “defecto”; su pensamiento llega a dominar su vida por completo, esquiva su rostro al momento de hablar con otras personas, cubre parte de su rostro con cabello que deja caer sobre él, es tan grande el malestar que siente que ha llegado al punto de evitar las relaciones laborales y sociales; alega que quiere operarse “para poder ser feliz” y que el Dr. Ríos no quiere hacerlo.

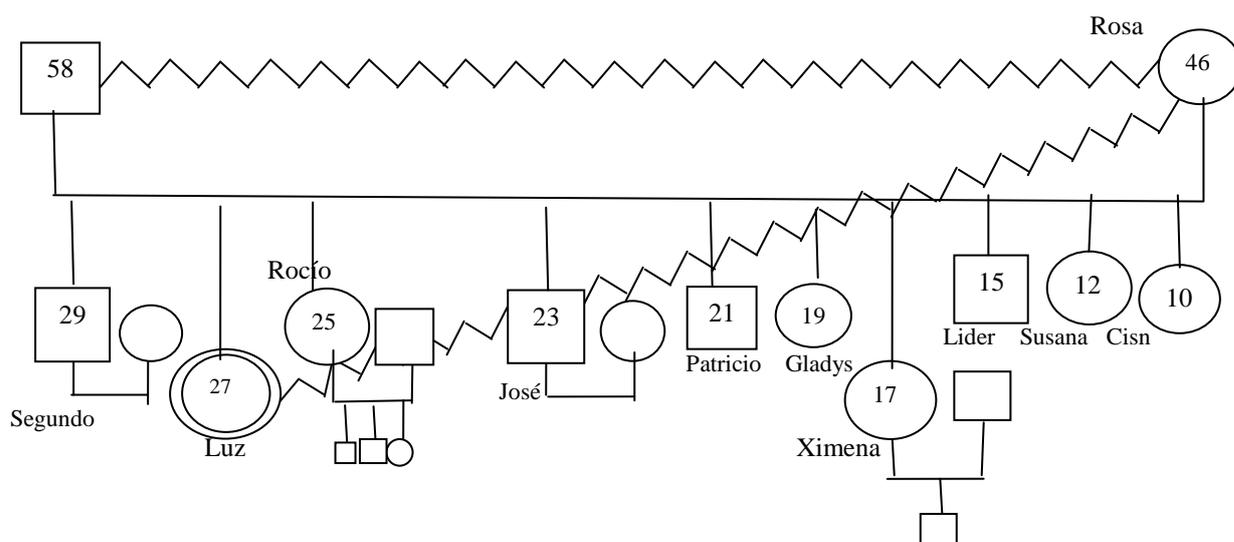
4.4.4.1.4. ANTECEDENTES

Desde muy pequeña sintió la falta de afecto de su madre, la recuerda como una persona fría, rígida, de carácter muy fuerte, castigadora, su madre tenía una tienda, lugar que no era nada seguro para sus hijos, puesto que, se reunían hombres todo el tiempo para beber el “trago” que vendía. Fue víctima de abuso sexual por parte de su hermano mayor a la edad de aproximadamente 8 años, en la adolescencia sufrió una caída en la que se golpeó fuertemente la cabeza y perdió el conocimiento, nunca se hizo un chequeo médico; desde entonces, ella dice tener muchos dolores de cabeza y vacíos en su memoria, dice que no logra recordar muchos aspectos de su vida infantil como lo hacen el resto de la gente. Recuerda haber sido siempre una niña muy tímida, aislada, sobre todo con los compañeros de escuela, conducta que se ha ido agudizando cada vez más en el transcurso de su adolescencia y manteniéndose hasta ahora, haciendo de ella una persona asocial. Actualmente trabaja de empleada doméstica, trabajo que no le gusta pero, que por su “enfermedad de los ojos” no puede aspirar a otro tipo de trabajo. Quiere cambiar de vida pero cree que para ello necesita operarse sus ojos que los tiene enfermos.

4.4.4.1.5. ESTRUCTURA FAMILIAR

La paciente proviene de un hogar con características económicas y culturales bajos, es la segunda de 10 hermanos, de los cuales los cinco primeros incluida ella viven fuera de su hogar paterno ya sea por que se han casado o por asuntos de trabajo, los cinco restantes viven con su madre una mujer de 46 años, que tiene un negocio (cantina), con el cual ayuda a la mantención de sus hijos.

FAMILIOGRAMA



4.4.4.1.6. DX. PRESUNTIVO

Síntomas histéricos; caracterizados por la exageración de un defecto físico imperceptible, podría ser debido a un conflicto emocional que la paciente no ha podido verbalizar, quizá a consecuencia de experiencias traumáticas como abuso físico, psicológico, sexual.

4.4.4.1.7. RECOMENDACIONES

La paciente debe realizarse los exámenes médicos necesarios para descartar enfermedad médica y recibir apoyo psicoterapéutico.

4.4.4.1.8. EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS

- Examen Oftalmológico Nonafthalmos Izquierda

4.4.4.1.9. INTERCONSULTAS

Cirugía general
Medicina General
Fisiatría
Odontología
Neurocirugía
Oftalmología
Psicología Clínica

4.4.4.1.10. BATERIAS DE TESTS PSICOLÓGICOS

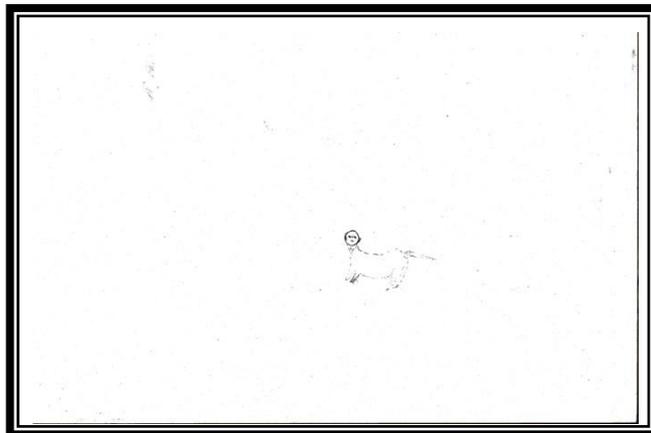
- Dibujo libre
- Dibujo de sí mismo
- H.T.P.
- T.A.T.
- Cuestionario de SEAPSI.

4.4.4.1.11. INTERPRETACIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Los procesos psicoterapéuticos son facilitados por la utilización de los test proyectivos como parte del material utilizado en sus sesiones, de esta manera, se facilita a la paciente que haga su catarsis fundamental para un avance positivo en su recuperación.

4.4.4.1.11.1. DIBUJO LIBRE

La paciente realiza dibujo libre, esto favorece a una buena empatía terapeuta-paciente y a la vez, deja fluir sus pensamientos e inquietudes que se encontraban contenidos, esto nos permite el planteamiento de hipótesis a cerca de los problemas de la paciente.

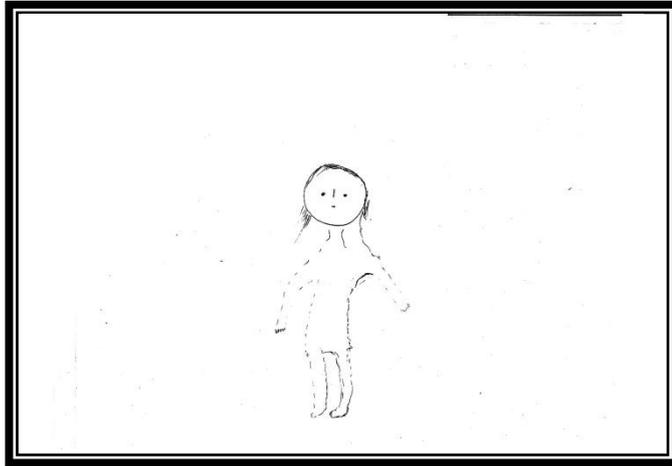


Dibujo libre¹³⁴

La paciente dice sentirse como un animalito enfermo e indefenso por que no tiene quien le ayude, no puede ver bien, está asustado, tiene mucho miedo, no sabe para donde irse ni qué hacer

¹³⁴Dibujo libre, catarsis durante la psicoterapia de luz, Cuenca 29 de febrero del 2008

4.4.4.1.11.2. DIBUJO DE SÍ MISMO



Dibujo de sí mismo¹³⁵

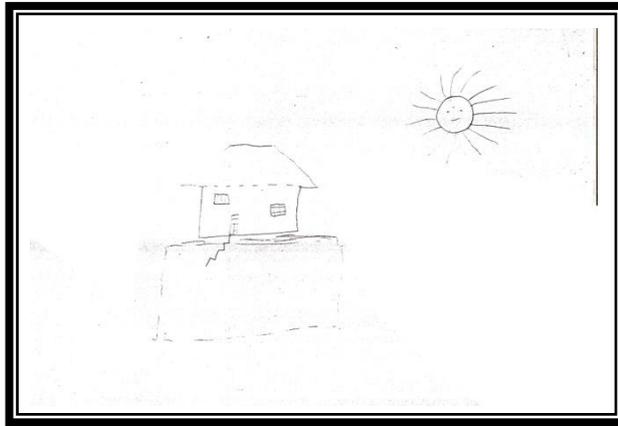
Su dibujo con líneas débiles refleja indecisión, miedo, inseguridad, yo débil, aislamiento, descontento, rigidez, frustración, poco contacto con la realidad, dificultad de contacto interpersonal, agresión, torpeza física y un deseo de ver lo menos posible.

4.4.4.1.11.3. H.T.P.

Luz proyecta en sus dibujos aislamiento, inseguridad, sentimientos de inferioridad, necesidad de apoyo, impotencia y su necesidad de control haciendo de ella una persona inaccesible alterando su contacto con la realidad y aumentando su grado de rigidez frente a las distintas situaciones.

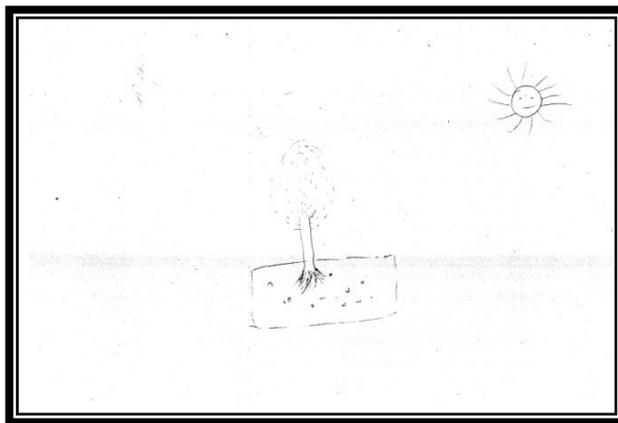
La casa está situada muy alta y necesita de unas escaleras para tener acceso a ella, su puerta y ventanas están cerradas y con protecciones indicando su miedo, inseguridad en el hogar, aislamiento debido a que siente agresivo e inseguro el medio que la rodea, la base en forma de caja fortaleciendo su inadecuada prueba de realidad, la falta de apoyo y seguridad; el sol también tiene ojos muy pequeños como señal de despreocupación por parte de las figuras de amor y autoridad.

¹³⁵Dibujo de si mismo, catarsis durante la psicoterapia de Luz, Cuenca 11 de febrero del 2008



Casa¹³⁶

El árbol nos dará un acercamiento a lo que la paciente siente en cuanto a su experiencia de equilibrio y evaluación de su relación con el medio ambiente, así por ejemplo: el árbol pequeño, con su ramaje tan débil, refleja fuertes sentimientos de inadecuación y falta de recursos para buscar satisfacciones y enfrentar el ambiente que la rodea, es un tronco robusto y con sus raíces visibles indicando una fuerte necesidad de apoyo, seguridad y a la vez dominio de las situaciones de vida; la base al igual que en la casa es como un bloque e indica su inadecuada prueba de la realidad. El sol también tiene ojos muy pequeños como señal de despreocupación por parte de las figuras de amor y autoridad.



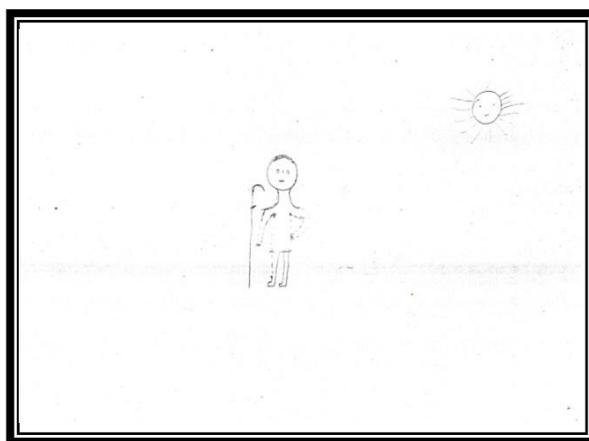
Árbol¹³⁷

La persona nos refleja la percepción que tiene la paciente de sí misma, su imagen corporal, rol sexual y su actitud hacia las relaciones interpersonales, de manera que la figura en sí es débil indicando su baja autoestima pero con actitud imponente, rígida,

¹³⁶H.T.P., casa, durante la sesión psicoterapéutica de Luz, Cuenca 11 de febrero del 2008

¹³⁷ Ibid., árbol

amenazante a la vez; vemos que su cabello enfatizado (casi nada) podría indicarnos preocupación sexual, los ojos son vacíos, sin intento de dibujar los globos oculares o las pupilas indicándonos una fuerte tendencia a evitar los estímulos visuales displacenteros, la omisión de orejas podría indicar la presencia de alusiones auditivas o su deseo de escuchar lo menos posible; el énfasis en el cuello nos indica su fuerte necesidad de control, sus hombros muy anchos necesidad de fuerza o poder, su cuerpo pequeño proyectan una negación de impulsos corporales, las piernas delgadas y largas indican una lucha intensa por su autonomía; la presencia del bastón es considerado como un arma, por lo tanto, refleja tendencias agresivas pero también puede tener asociaciones fálicas para la paciente. Al igual que en dibujo de la casa y el árbol, el sol también tiene ojos muy pequeños como señal de despreocupación por parte de las figuras de amor y autoridad.



Persona¹³⁸

4.4.4.1.11.4. T.A.T.

Se le presentaron a la paciente trece láminas para que elabore historias a cerca de ellas:

1.- *Soledad, tristeza, falta de amor, aislamiento... él está triste, solo... tiene 6 años tal vez, no tiene ganas de vivir, está deprimido, quiere llorar... se le pasará esa tristeza... quiere que le den amor.*

2.- *Que veo aquí... no sé, una señora brava, otra está... está enferma y el otro está trabajando, ahí no hay comunicación, cada cual es cada cual.*

3VH.- *Ahí está una deprimida, tal vez borracha, sola, todos los que me ven me ven con cara de depresión, tal vez estuvo enferma, soledad, aislamiento, sí pasará esa depresión, que le brinden amor, que le brinden apoyo para que se levante de ahí, que le ayuden.*

4.- *Ahí creo que hay amor, pero ella le quiere, pero parece que el no la quiere... algo así... que podría suceder, ella... triste, no sé, si rogándole o deteniéndole.*

¹³⁸H.T.P., persona, durante la sesión psicoterapéutica de Luz, Cuenca 11 de febrero del 2008

6GF.- *Un acoso de este mayor a esta chica, porque ella está seria, y el está tratando de enamorarle, pero ella está segura.*

7GF.- *Hay una madre preocupada, una niña deprimida, triste, no quiere hablar, sola, una madre triste igual, una niña aburrada, la madre no sabe que hacer, tiene una muñequita, nada más.... ¿Qué quiere la niña? Que su madre le comprenda, sea buena, le abraza, que sea amable con ella.*

9FG.- *La una está huyendo, la otra ¿Qué está haciendo? tratando de suicidarse creo, por que está en un árbol o algo así, la que está corriendo está asustada, la otra está arriba y triste, igual está también deprimida ¿Qué relación hay entre ellas? Tal vez fueron amigas, ¿Por qué? Porque en esta situación la una corre y no le ayuda a la que se está yendo a suicidar, a tirarse para abajo.*

11.- *Una montaña, un puente,... que le digo de aquí... que está todo oscuro, que está sólido, está feo, me da tristeza, parecen esas montañas del Oriente... donde nosotros vivimos (la paciente llora), solo piedras montañas, siento angustia, desesperación al ver. ...
Nada más.*

13MF.- *Una señora muerta, un hombre que está llorando, una casa pobre, el está solo, triste, no hay nada más que decir, está en una casa fea, oscura... tendrá tal vez una hermana ella.*

8GF.- *Que está, ¿qué, es virgen? Tiene cara de virgen, pero tiene los ojos tristes, jovencita, no sé en qué piensa, pero está pensando, está sola en un lugar feo y nada más. ¿Por qué esta sola? porque está triste y quiere estar sola.*

13B.- *¿Qué es esto? está un niño pobre, también triste, en la puerta de una casa fea, oscura... nada más, él quiere conocer amigos, tener amigos, nada más.*

18GF.- *Ahí está una madre triste, la hija enferma y le está ayudando de alguna manera, está en un lugar feo, la mamá está angustiada... y nada más.*

EN BLANCO.- *Amor, paz, quiero ver salud, dinero, comunicación, que todo el mundo sea feliz empezando por mis papas, casa bonita, cama bonita, todo elegante, que todos estén riéndose, igualdad, es posible lograr todo esto con comunicación... porque ahora está todo hecho un desbarajuste.¹³⁹*

INFORME FINAL T.A.T.

Al elegir algunas historias se ve claramente su profundo sentimiento de inadecuación:

- Se ve a sí misma con su imagen deteriorada, triste, aislada, con falta de amor y sin ganas de vivir; se podría suponer que existen implicaciones sexuales que causan la ceguera o deformación a perceptiva al no percibir el violín que simbólicamente representa connotaciones sexuales. (1, 3VH, 7NM, 8NM, 11, 13V.)
- Deterioro en las relaciones fraternas y aislamiento. (1, 2, 3, 7NM, 9NM, 13V.)

¹³⁹T.A.T, catarsis de luz durante la sesión psicoterapéutica, Cuenca 11 de febrero del 2008

- Reprime una agresividad latente. (3, 9NM, 18GM.)
- Relaciones de pareja conflictivas en la que ella intenta retenerlo y posibles problemas sexuales. (1, 4, 11.)
- Una mala relación con su madre, quien, probablemente, no sabe qué hacer con su tristeza ni la de su hija. (7NM, 18GM.)
- Hay sentimientos hostiles entre mujer y mujer quizá sea con su madre. También. (9NM)
- Existen fuertes miedos infantiles, refleja mucha tristeza, angustia ansiedad y desesperación. (la paciente llora)
- Hay evasión y negación de cualquier acto agresivo. Su Superyó es severo, la integración del Yo es adecuada, pues el héroe logra recuperarse en todas las historias con amor.
- Debe considerarse tendencias suicidas, puesto que existe una agresividad latente.
- La concepción del mundo es como carente de amor y su principal mecanismo de defensa es el aislamiento.

4.4.4.1.11.5. CUESTIONARIO DE SEAPSI

Rasgos de personalidad evitativa

4.4.4.1.12. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Según criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) que es utilizado en Hospital “José Carrasco Arteaga” como instrumento de diagnósticos, se trata de un Trastorno Somatomorfo: T. Dismórfico corporal. (Histeria).

4.4.4.1.13. INFORME PSICODINÁMICO

El yo de la paciente se encuentra profundamente alterado, débil y busca su equilibrio a través de mecanismos de defensa tales como: evasión, resistencia, represión, desplazamiento, racionalización, sobre todo aislamiento; haciendo de ella una persona asocial, temerosa del medio que la rodea, de manera que su yo reprime toda posibilidad de expresión de su conflicto psíquico generando sus síntomas.

La falta de afecto y cuidados maternos marcaron drásticamente el desarrollo infantil de la paciente El Superyó tiene rasgos severos, se enfrenta a las defensas del yo provocando en ella intensos sentimientos de culpa y resentimientos que la están enfermando y posiblemente en un estado de actin aut.

4.4.4.1.14. PLAN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

- Apoyo Psicoterapéutico
- Terapia psicoanalítica.
- Terapia Cognitivo-conductual.

4.4.4.1.14.1. CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Consultorio: Privado, tranquilo.

Posición entre paciente y terapeuta: Habitación con escritorio

4.4.4.1.14.2. CRONOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

6 de febrero de 2008

La paciente acude a consulta psicológica remitida por el Dr. Ríos Oftalmólogo del Hospital “José Carrasco Arteaga” quien afirma que la paciente quiere realizarse una

cirugía en el ojo izquierdo alegando que tiene una deformación que la hace “infeliz, desgraciada y que no le permite vivir en paz”. Ante lo cual El médico no encuentra razón alguna para dicha cirugía dando su Dx. Nonaftalmos izquierda (imperceptible).

11 de febrero de 2008

La paciente refiere inseguridad en aceptarse a sí misma, su “defecto” en el ojo izquierdo no le permite llevar una vida normal como ella quisiera, no tiene ilusión de nada, dice pasar “sola deprimida y triste como siempre”. Se aplican tests Proyectivos como: Dibujo libre, Dibujo de sí mismo y H.T.P., con los cuales se da una catarsis en la que exterioriza una cantidad de emociones que tenía guardadas desde hace mucho tiempo, recuerda lo mal que se sentía en la escuela cuando sus compañeros le molestaban, ella dice que se sentía “poquito”, ellos se burlaban y le decían que tiene los ojos chuecos, ella se encerraba a llorar y no quería ir a la escuela; la paciente refiere que su madre también le decía que tiene los ojos chucos y que es idéntica a sus padre cuando se enoja. Luego de exteriorizar sus emociones, Luz se ve más tranquila, refiere sentirse más segura y cree que logrará aceptarse a sí misma de mejor manera.

29 de febrero de 2008

Luz refiere sentirse triste porque cree que su problema no tiene solución. Curiosamente se compara con una lechuza y dice que es el animal más triste. *“Una lechuza triste, deprimida, enferma de todo el cuerpo desde hace mucho tiempo; le duele mucho sus ojos, ve borroso, no ve bien”*.¹⁴⁰

¿Cuándo no ve bien? Cuando tiene miedo o vergüenza; miedo a ser criticada o a ser rechazada; cree que le hace falta tener los ojos normales para poder cambiar y ser feliz. Se trabaja con terapia cognitiva y se le pide traer de tarea su autobiografía para trabajar con psicoterapia. La paciente intenta cambiar sus pensamientos negativos y superar el sentimiento de culpa que no le permite vivir normalmente escribiendo frases como: *“Luz tú no tienes la culpa, tú eres una niña linda, inteligente y buena”*, etc., al finalizar la sesión psicoterapéutica dice que tiene una sensación de libertad.

14 de marzo de 2008

Luz se encuentra aparentemente más tranquila, sonrío. Dice que se siente bien cuando sale de psicoterapia. Está con mucho ánimo para reiniciar sus actividades personales que se han quedado postergadas por mucho tiempo, como su estudio y trabajo. Quiere intentar, sin embargo, se encuentra preocupada por el dolor de cabeza constante.

Comenta que cuando tenía, aproximadamente, 16 años se cayó y se golpeó la cabeza fuertemente. Perdió el conocimiento por casi 1 minuto y, al despertarse, estaba mareada. Tenía oscura la vista y el dolor de cabeza le duró casi medio día; no se hizo exámenes de control médico. Recuerda que sufría de mareos desde que tenía más o menos la edad de 9 años y que ahora se agudizan cuando tiene mucho “estrés”. Recuerda, además, haberse desmayado hace 3 meses, cuando se peleó definitivamente con su novio con el que mantuvo una relación de casi 9 años, porque una chica estaba embarazada de él. Dice que sufrió mucho. “Fueron casi tres semanas que casi no comí, no quería hacer nada, le extraño mucho, estaba acostumbrada a él”.

Se trabaja con Terapia Cognitivo-conductual. Lleva de tarea realizar una carta dirigida a su novio para trabajar en pérdida no resuelto.

Como recomendación, debe realizarse chequeo neurológico.

¹⁴⁰ Comunicaciones personales de luz en el momento de la sesión psicoterapéutica, Cuenca 29 de febrero del 2008

3 de abril de 2008

Luz refiere sentirse mejor; le ha disminuido el mareo, pero sigue triste. Afirma que tiene planes de iniciar un negocio con apoyo de su madre y eso le entusiasma mucho.

Se trabaja con terapia Cognitivo-conductual para destacar la importancia y manera de iniciar nuevamente la inter-relación personal con los miembros de su hogar y en autoestima, para lo cual lleva como tarea regalarse una rosa y concientizar las emociones que experimente.

11 de abril de 2008

Luz dice sentirse un poco mejor, aunque todavía sola y triste. En cuanto a su tarea de regalarse una flor, comenta la experiencia de nuevas y buenas emociones y sensaciones, lo que fue favorable para trabajar su baja autoestima. Comenta: “sentí amor, ternura, algo espectacular, emoción. En un principio pensó que eso de regalarse una flor era una tontería como si ella no supiera lo que es que alguien le regalase una rosa, pero, cuando ella se regaló un girasol sintió que era algo “espectacular, porque ella nunca se había regalado una flor y diente que es algo muy bonito y que valió la pena.

Está animada en emprender un negocio de venta de productos naturales. Se aplica el test proyectivo T.A.T.

18 de abril de 2008

Luz dice sentirse mejor, más tranquila, ahora quiere regalarse un peluche. “*Tengo un poquito más de ganas de vivir*” e, incluso dice que su hermano le ha notado cambiada. Él le dice que ya no es tan brava y que está “más conversona”. Comenta: “*tengo pereza mental, me duele el cerebro al pensar...*”. Esto siente cuando lee, cuando está triste. Recuerda que esto sentía cuando era pequeña y sus padres peleaban; su madre siempre quería salirse con la suya y eso le molestaba mucho. Le preocupa el porqué no puede recordar el pasado. Dice que sus hermanos recuerdan cuando ellos eran muy pequeñitos y que ella, con mucho esfuerzo, logra recordar pocas cosas, apenas a partir de los 10 años. Dice “*creo que tengo retraso mental*”.

Se trabaja con psicoterapia y relajación. Su tarea es redactar su autobiografía.

24 de abril de 2008

Luz refiere sentirse mal; tiene mucho sueño en el día y no puede dormir en la noche. Siente que su estómago le quema. Dice que todo estaba bien hasta que empezó a tomar las pastillas que le ha recetado el neurólogo. Luz fue remitida a neurología para que le realizaran una valoración y para descartar posibles daños neurológicos por caídas sufridas en su adolescencia ya que no fueron debidamente tratadas; sin embargo, no se nos han sido enviados dichos resultados, sino que la paciente fue medicada con antidepresivos.

16 de mayo de 2008

Es remitida nuevamente a Neurología para que sea debidamente controlada la medicación, según criterio del especialista.

La paciente se encuentra ansiosa, desanimada, refiere intensificación de sintomatología: (ansiosa, tristeza, angustia, mucha rabia, ganas de llorar, inseguridad, nervios) La paciente refiere “*ese doctor casi me mata, no puedo dormir nada, no quiero hablar con nadie, no tengo paciencia*”.¹⁴¹ Médico neurólogo suspendió medicación. La paciente comenta que se está capacitando para vender productos “Hervalaiif.”

¹⁴¹ Comunicación personal de Luz al momento de la sesión psicoterapéutica, Cuenca 16 de mayo del 2008

Durante el proceso psicoterapéutico de hoy se produce una nueva catarsis por parte de la paciente: *“Es probable que yo mire diferente cuando tengo vergüenza, cuando era pequeña mi mamá me tenía como empleada de ella; vendía trago en una tienda (en más de una ocasión, ella de 8 años y su hermano de 10 años, también, tomaron trago) en una ocasión “mi hermano mayor, Segundo, tenía unos 13 años cuando me obligaba a que me saque la ropa, trataba de violarme”*.¹⁴²

La paciente se siente culpable por no haber hablado con su madre en dicha ocasión, pero no lo hacía porque siempre estaba amenazada por su hermano, que juraba que la mataría si decía algo al respecto cada vez que la “manoseaba”. Esto se repetía constantemente. Refiere que tenía mucho miedo de hablar con su madre ya que era muy grosera, en una ocasión la castigó con la soga del caballo y la dejó soñada.

Cuando tenía 15 años, recuerda que su mamá no la dejaba salir y le obligaba a conversar con hombres que ella no quería. *“Yo era una víctima, quise estudiar y ella me dijo que eso no me servía, siempre andaba mal vestida y rota.....yo sentía desprecio por ella y quería que se muera porque solo vivía pegándonos... Lo peor es que me parezco a ella, esa es mi desgracia, que me parezco en todo a ella, no me diferencio en nada.”* ¿En nada, está segura? *“bueno sí, en que soy más racional que ella y más comprensiva. Me da dolor llegar a mi casa y nunca volveré a ese lugar”*.¹⁴³ Refiere sentir angustia cuando tiene la sensación de que hay algo que no puede recordar de su infancia, por esta razón se le pide que como tarea escriba una carta para que le ayude a recordar con mayor claridad vivencias pasadas, que nos podrían ayudar en el proceso psicoterapéutico.

17 de mayo de 2008

La paciente lee la carta que llevó como tarea produciéndose una nueva catarsis rebelando el abuso sexual al que fue sujeta cuando tenía 8 años por parte de su hermano de 10. Se trabaja con terapia de perdón y saneamiento del niño herido para superar conflictos no resueltos de su niñez. Luego del proceso psicoterapéutico, la paciente dice sentirse más tranquila; refiere estar mejor, más aliviada. Está motivada a buscar un nuevo trabajo porque no le gusta su trabajo actual (trabajos domésticos) Se está preparando para la venta de productos de puerta a puerta.

25 de mayo de 2008

La paciente se encuentra ansiosa preocupada por su apariencia y por conflictos intrafamiliares, especialmente, con uno de sus hermanos con quien vive. La relación con su madre ha mejorado.

4.4.4.1.15. RESULTADOS

La paciente tiene un historial con vivencias muy penosa, provocan en ella sentimientos inadecuados, siente inseguridad y desconfianza ante un mundo, para ella, carente de amor, sin embargo, es una persona que quiere curarse y ha comprendido que para ello es importante liberarse de todos sus conflictos; de manera que es muy colaboradora en las sesiones psicoterapéuticas, situación que es favorable para su pronta recuperación; cabe recalcar aquí que ya se ha visto cambios muy positivos durante el proceso psicoterapéutico.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Comunicación personal de luz al momento de la sesión psicoterapéutica, Cuenca 16 de mayo del 2008

4.4.5. CASO “MERCEDES”

4.4.5.1. HISTORIA CLÍNICA

4.4.5.1.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: Mercedes
Edad: 24 años
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada
Procedencia: Méndez
Fecha de consulta: 30 de octubre de 2008
Historia Clínica: 184976

4.4.5.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Está muy triste. Tiene muchas ganas de llorar, dolor de cabeza, *“no como no duermo, no respiro”*. Tiene mucho temor a la hora que su marido llega a casa.

4.4.5.1.3. PROBLEMA VITAL

Mercedes dice tener problemas constantes con su pareja porque no puede tener hijos.

4.4.5.1.4. ANTECEDENTES

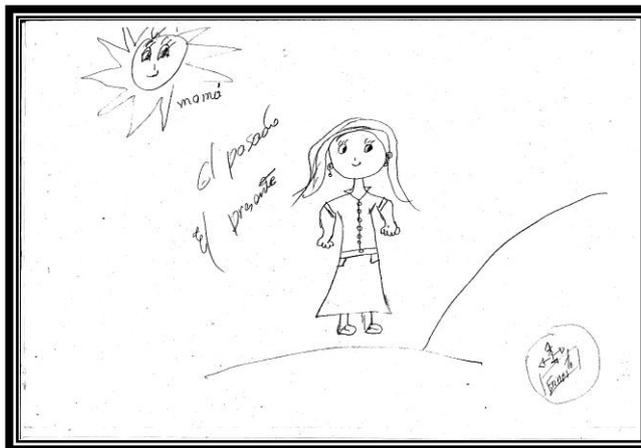
Desde muy niña, Mercedes ha sufrido vivencias muy duras. A los cinco años de edad, sufre violación por parte de su tío materno; a los 19 años inicia su vida sexual. Sufrió 8 intentos de violación por parte del esposo de su tía materna, y dice *“nunca le encontré sentido al sexo”*. Tuvo muchas parejas, pero se comprometió a los 21 años y su relación duró un año, aproximadamente; al no poder *“darle”* un hijo, su pareja la dejó, pero ella dice que le daba igual, alegando *“no puedo embarazarme”*. *“Llegó una etapa de mi vida que renuncié a mi cuerpo, no quería tener hijos, menos casarme”*. Cuando ella era pequeña, se decía: *“cuando sea grande yo me voy a sacar el útero, no quiero tener hijos, no quiero que le pase lo que a mí me pasó.”* *“Sabe, me bloqueo, dejé de menstruar 1 año y engordé. Su pareja la llevó al médico y solo, mientras tomaba el medicamento, menstruaba; dejaba de tomar y ya no menstruaba.*

“Cuando me comprometí, sí creo que me embaracé porque tenía mareos, náuseas, antojos, pero ‘decepción’ cuando me hacen los exámenes y nada. Nos separamos al año porque no pude tener un hijo”. Estuvieron separados por 2 años, aproximadamente; cuando volvieron, ella se dio cuenta que era una relación en la que ella sentía que dependía mucho de él. Se casó hace 3 meses y está en proceso de divorcio, esa es la parte que “más me afecta”. Tiene mucho temor porque su esposo no quiere darle el divorcio. “No quiere, me amenaza que me va a matar, insiste en querer tener un hijo.”

“Siento terribles ganas de llorar, de cogerlo y asesinarlo, no duermo, no como, no vivo, no respiro, le tengo temor, ‘comienzo a somatizar, me comienza el dolor de cabeza. Yo ya sé que va a llegar, no pasan ni 10 minutos que ya llega. Llega bien, pero luego de cualquier cosa discutimos”, dándose así el abuso (maltrato psicológico y físico)
Como antecedentes clínicos la paciente trae un historial de: obesidad con 178 libras, amenorrea de 8 años, ovarios poliquísticos, tuvo una hemorragia en el mes de octubre, quiere tener un hijo, se intenta tratamiento con Zimaquin.

4.4.5.1.11. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS A TRAVÉS DE LOS TEST DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

4.4.5.1.11.1. DIBUJO DE SÍ MISMO



Dibujo de sí mismo¹⁴⁴

Hace comentarios mientras realiza su dibujo: dice que ella tiene sonrisa pero no sabe porque, ¿qué sonrisa tiene?, camina pero siempre mira atrás, atrás está el sol. “Cambian el pasado, el presente”. “Hay un sol y una luna tristes porque ninguno de los 2 se pueden tocar.”

Es muy importante tomar en cuenta que, a más de los dibujos realizados, Mercedes escribe en la hoja. Esto nos demuestra que la paciente está expresando el conflicto que ella está viviendo, puesto que la palabra escrita transmite mensajes más fiables y valiosos que, en muchos de los dibujos.

Las palabras: “mamá” está representada por el sol, con énfasis en los ojos. El sol tiene un significado de autoridad, protección, calor de hogar y está en el pasado, indicando que, quizá, sintió la falta de protección de su madre, o tal vez la negación materna.

“El pasado y el presente” dan énfasis al conflicto psíquico de la paciente, si se toma en cuenta que ella dice: que la persona del dibujo mira hacia atrás, pero, en realidad, los ojos del dibujo se dirigen hacia adelante, mirando de reojo, donde está dibujada una cuesta muy difícil de escalar, en donde se encuentra un círculo sepultado con la palabra Ernesto y algunas flechas en todas las direcciones. (No se llega a completar el comentario en esta parte del dibujo) e, incluso, ella está un tanto inclinada hacia atrás.

Mercedes da mucha importancia a la palabra y justamente eso podría ser una de las fuerzas que la condicionó impidiendo su capacidad de afrontamiento y desatando su conflicto desde su infancia en la que fue agredida sexualmente en múltiples ocasiones

¹⁴⁴Dibujo de sí mismo de Mercedes, catarsis durante la psicoterapia, Cuenca 30 de octubre del 2008

4.4.5.1.12. DIAGNÓSTICOS PSICOLÓGICO

Según criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) que es utilizado en Hospital “José Carrasco Arteaga” como instrumento de diagnósticos, se trata de un Trastorno Somatomorfo: T. de Somatización. (Histeria)

4.4.5.1.13. INFORME PSICODINÁMICO

El yo de la paciente se encuentra profundamente alterado, confundido, débil y busca su equilibrio a través de mecanismos de defensa tales como: evasión, resistencia, represión, desplazamiento, racionalización, formación reactiva, agresión contra el propio self, haciendo de ella una persona temerosa y ambivalente de manera que su yo, reprime toda posibilidad de expresión de su conflicto psíquico generando sus síntomas.

Se siente culpable y con baja autoestima; Los múltiples acosos sexuales de los que ha sido víctima desde muy niña, marcaron drásticamente el desarrollo infantil de la paciente; hacen que Mercedes se haya repetido constantemente soliloquios que censuren su femineidad, El Superyó tiene rasgos severos, se enfrenta a las defensas del yo provocando en ella intensos sentimientos de culpa y resentimientos, baja autoestima, de manera que la fuerza de la palabra tiene un gran peso en su salud tanto física como psicológica llevando a la paciente a un estado de actin aut.

Para reforzar lo dicho anteriormente es necesario que tomemos en cuenta la importancia de la palabra, dicha y no dicha, y de la resonancia de la misma.

El lenguaje interviene siempre bajo la forma de una palabra. *“Hay un sello de los viejos recuerdos vinculados a la interpretación, es lo que le da a la memoria su traicionero poder”*.¹⁴⁵

Las personas piensan con palabras y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza. Si prestamos un poco de atención se puede percibir que un recuerdo insistente, constante es como si las palabras fueran repetidas en voz alta una y otra vez y si estas hacen referencia a recuerdos displacientes terminaran por afectar la salud de un individuo o reforzar su síntoma.

Las personas que están obligadas a escuchar, día tras día, sonidos que son una ofensa discordante a las leyes de la naturaleza, inevitablemente, se enfermarán o se agotarán y, en breve sufrirán de uno de los innumerables males nerviosos que están a la orden del día.¹⁴⁶

El comportamiento de una persona prueba que escuchó algo. Es difícil de imaginar que exista alguien que nunca escucha. En función de la manera en que la lengua fue hablada y también escuchada por sus interlocutores, en particular, es donde se origina el pretexto del inconsciente que provoca el síntoma. Lacan nos dice que el ser humano desde que nace está sumergido en un mal entendido, puesto que esperamos ser entendidos por los demás, sin dar mayor explicación y podemos omitir detalles que podrían ser

¹⁴⁵Deepak Chopra. Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo, p. 140.

¹⁴⁶ Vera Stanley Adler. En búsqueda del tercer ojo. “Secretos del sonido”, Ecuador: Edit. Cromograf S.A., 1975, p. 109.

fundamentales para que el mensaje sea entendido correctamente y, de esa manera, también, recibir una respuesta correcta.

El hombre piensa con palabras. Cuando la persona no puede expresarse con su lenguaje verbal, es su cuerpo el que se manifiesta. Lacan considera que el lenguaje en el psicosomático es del orden de lo escrito; todo sucede como si algo estuviera escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma; existe algo llamado “la firma de las cosas” y que, en muchos casos, no sabemos leerlo.

4.4.5.1.14. PLAN PSICOTERAPÉUTICO

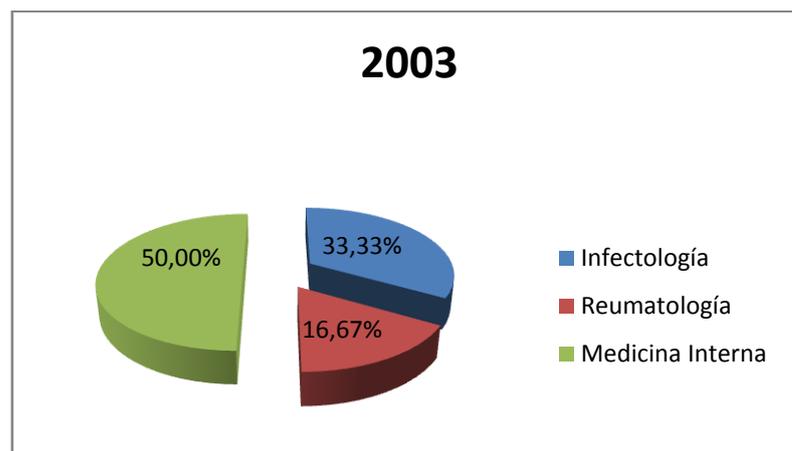
- Acompañamiento psicoterapéutico
- Terapia psicoanalítica.
- Terapia de pareja

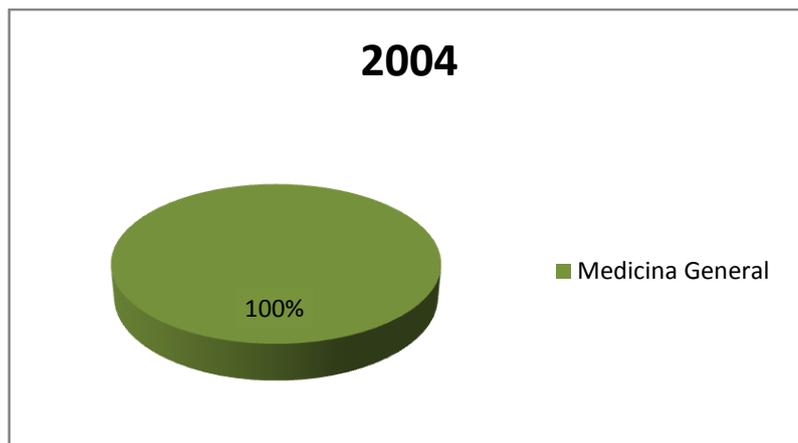
4.4.5.1.15. RECOMENDACIONES

Es necesario que la paciente continúe con el proceso psicoterapéutico iniciado, de manera, que pueda exteriorizar su conflicto emocional mediante una catarsis, que finalmente, le aliviará o liberará de su enfermedad; luego, sería importante hacer una terapia de pareja, para que puedan superar juntos los conflictos desencadenados por los traumas de la paciente, que se sumaron sin duda a problemas actuales.

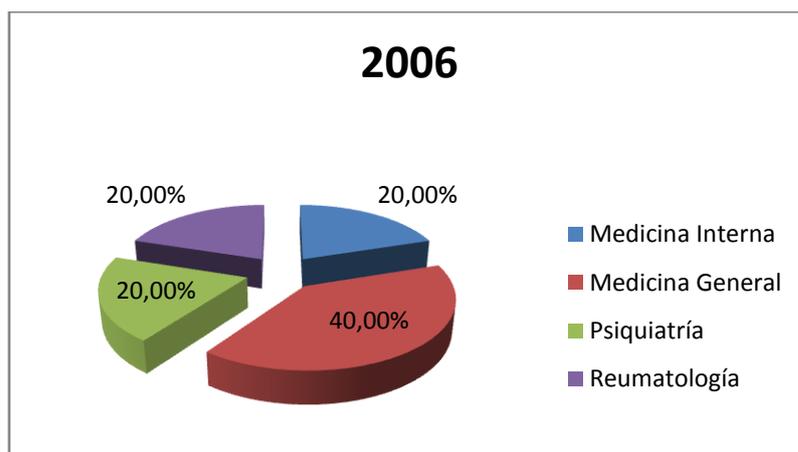
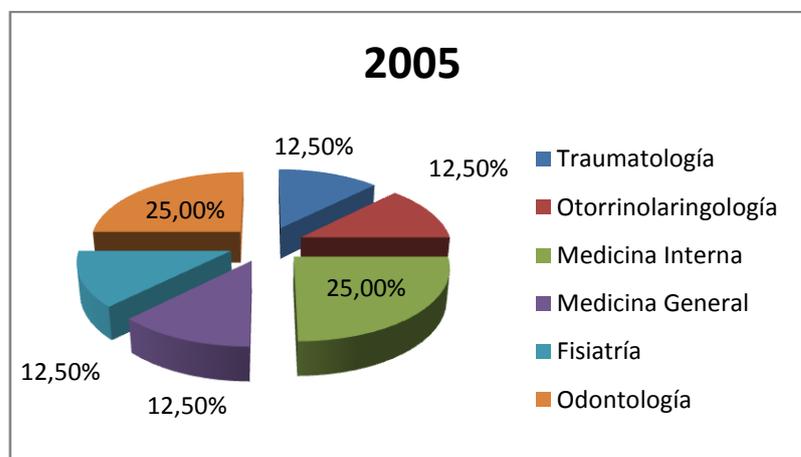
4.4.6. OBSERVACIONES

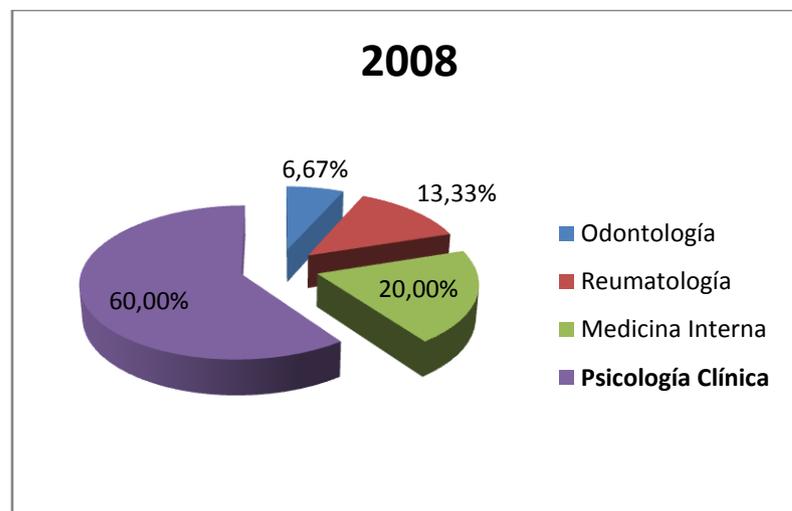
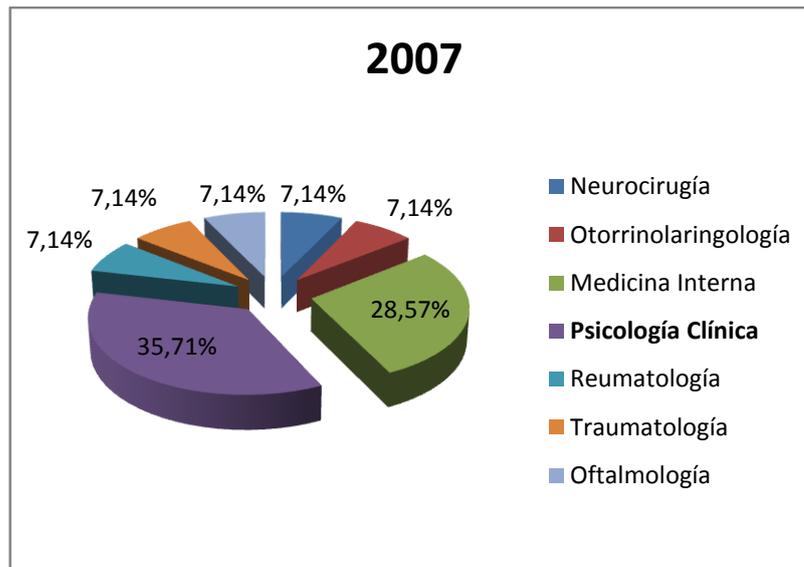
- La Psicología Clínica, todavía no es considerada como una ciencia capaz de contribuir a la recuperación de un paciente, emocionalmente afectado, lo que se puede deducir en las remisiones médicas del caso María del Carmen.





A este grafico le corresponden 9 consultas.





Los gráficos reflejan las consultas externas de la paciente María del Carmen en los que vemos claramente el recorrido que hace la paciente por consulta externa durante los seis años en busca de ayuda para aliviar su salud tan solo en los dos últimos años acude a Psicología Clínica.

- Hay que diferenciar claramente en un sujeto que tipo de paciente es, de lo contrario cuando son casos que no ameritan medicación, se hace un daño al paciente y se provoca un retroceso en su proceso psicoterapéutico, como en el caso de la paciente Luz, detallado su historia clínica.
- El Hospital “José Carrasco Arteaga” no cuenta con un Departamento de Psicología, esto en el sentido de disponer de: infraestructura, documentación e instrumentos de trabajo y un trabajo en equipo de profesionales que den un diagnóstico, seguimiento y tratamiento adecuados que lleven a la recuperación plena de sus pacientes o, al menos, a que el paciente logre fortalecer su capacidad de afrontamiento a sus problemas, su capacidad de trabajo y goce.

- No existe un equipo de trabajo médico, psicológico y social. Puesto que cada uno funciona aisladamente y redundan en el trato al paciente de manera aislada e incompleta como se refleja en los historiales médicos de las Pacientes expuestos en esta Tesis, hoy se debe concebir al paciente de una manera holística.

4.4.7. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos al final del corto período de estudio, en cada pacientes, fueron favorables, a pesar de que su tratamiento fue interrumpido y no se llevó a su fin por disponer de poco tiempo, el acompañamiento psicoterapéutico correspondiente a cada caso, se lo realizó en el período de octubre del 2007 a julio del 2008, tiempo destinado a las prácticas pre-profesionales que debía cumplir como estudiante de la Universidad del Azuay, en el cual, la asistencia de los pacientes fue muy irregular; sin embargo, en estos casos expuestos, vemos la mejoría de cada uno de ellos a medida que avanza el proceso psicoterapéutico, en el se hace visible el cumplimiento de gran parte de los conceptos básicos psicoanalíticos; cabe decir, que gracias al apoyo recibido, el enfermo va solucionando sus conflictos psíquicos a través de la verbalización de sus conflictos y su descarga afectiva, ya que, por medio de la traducción del material patógeno expuesto, el paciente, logra adquirir material normal que le permitirá vivir de una manera más adecuada.

- CONCLUSIONES

1. Después del recorrido bibliográfico sobre el psicoanálisis de Sigmund Freud y de tener la oportunidad de enfrentar los casos que se han analizado en el presente trabajo, podemos afirmar que, en nuestros días, el método psicoanalítico de Freud está vigente, porque los problemas vitales de una persona se basan fundamentalmente en la afectividad y se relacionan de manera muy especial con la sexualidad, siendo la verbalización de conflictos una descarga afectiva fundamental.

2. Los nuevos psicólogos han profundizado lo que significa la fuerza de la palabra; hoy, muchos autores de desarrollo personal insisten en ello; y, en la práctica, de los casos analizados, ha sido clave el uso de la palabra para la recuperación del paciente, que siente aliviado, después de haber verbalizado el hecho.

3. Todos los casos que en esta investigación se analizan son trastornos que nos remiten a la infancia de cada paciente; he aquí la necesidad de educar a los futuros padres en el sentido de que la función paterna, es fundamental para formar la estructura básica del individuo; el cual siempre dará lo que recibe de sus padres. Según Freud y Lacan, en la vida de todo sujeto debe darse un proceso que favorezca a la salida del complejo de Edipo con lo cual el individuo ingresa a la cultura, de manera que cada chico es responsable de sus elecciones, pero para ello deben tener la oportunidad de hacerlo y esa oportunidad es dada por sus padres.

4. El cuidado que debe tener el niño/a es responsabilidad de sus padres o cuidadores directos; la infancia es muy frágil y sensible de manera que puede ser influenciada fácilmente de manera positiva o negativa por los adultos, pudiendo estos, manipular el comportamiento de los niños. Esto nos lleva a la reflexión sobre el cuidado que debemos tener al elegir las personas que han de estar próximas a nuestros hijos, de seleccionar con sabiduría a las personas e instituciones a quienes confiamos su cuidado y a estar atentos a cualquier manifestación en el comportamiento del infante.

5. El recorrido que hacen los pacientes hasta llegar a la consulta psicológica en el Hospital “José Carrasco Arteaga” es largo, infructuoso y desgastante debido a que no hay conciencia real sobre la enfermedad de la mente; lo que va en detrimento de la persona que no siempre es diagnosticada oportunamente como paciente psicológico y está deambulando en consultas externas en busca de un pronto alivio viéndose claramente que su salud no mejora con la medicación que es emitida para atacar directamente el síntoma sin mayor análisis de la historia del paciente que es considerada fundamental en psicología. Por otro lado, no existe un verdadero trabajo en equipo de los departamentos que deben estar en permanente diálogo: Consulta Externa, Trabajo Social y Psicología. Es emergente entonces, que en el Hospital se haga una reingeniería y se dé el tratamiento de “Departamento” a Psicología, lo que supone un área implementada de los más elementales recursos profesionales, recursos humanos y técnicos que permitan la recuperación de la salud mental de sus pacientes.

6. Finalmente, quisiera recalcar que el terapeuta tiene una enorme responsabilidad frente al paciente; su palabra es esperanza para superar la crisis y enfrentar el conflicto y, sobre todo, es luz para quien no ve alternativa de salida en el túnel de su existencia. El hombre es un ser que necesita de interrelación sana y equilibrada; siendo fundamental la vocación de su terapeuta, entrega y, sobre todo, amor a la vida, para que no caiga en un descuido de sus pacientes caracterizado por la falta de seguimiento y el poco interés en su acompañamiento.

- BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, Diana y otros. **La creación artística como terapia**. Barcelona: Edit. RBA Libros S.A., 2003.

BECK, Aaron T. y otros. **Terapia Cognitiva de la depresión**. New York, Edit. Desclée de Brouwer.S.A., Traducción de Susana del Viso Pabón, 15ª edición, 2003.

BELLAK, Leopold. **El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T, C.A.T., S.A.T.**, México: Edit. El manual moderno, S.A., 1979.

BRADSHAW, John. **Volver a casa**. Madrid: Edit. Artes Gráficas Maralpa S.L., 1994.

BUCK, John N. **H.T.P.** (Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujos Proyectivos, Casa-Árbol-Persona, por sus siglas en inglés). México: Edit. El Manual Moderno, 1995.

CORMAN, Louis. **El Test de los Garabatos**. Buenos Aires: Edit. Kapelusz, S.A., 1971.

CHOPRA, Deepak. **Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo**. Edit. Argentina, 2004.

DE MELLO, Anthony S.J., **Caminar sobre las aguas**. Sao Pablo, Edit. Loyola, 1992. y

Autoliberación Interior. Buenos Aires: Edit. Lumen. 1999.

Rompa el Ídolo. Bogotá: Instituto Misionero hijas de San Pablo, 1999.

Diccionario Enciclopédico Larousse. Colombia: Edit. Larousse S.A., 2001.

DSM- IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1995.

FATACIOLI, Fiorella de Rossi. **El Subconsciente poderoso**. Perú: Edit. Palomino E.I.R.L., 2007.

FREUD, Sigmund. **Conferencia de Introducción al Psicoanálisis**. Parte III, T. XVI, 1916-1917.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Madrid: Edit. Biblioteca Nueva, T. I. II y III, 1905.

FURT, Gregg M. **Secreto mundo de los dibujos**. Barcelona: Edit. Océano, 1992.

GRAIG, Grace J. y BAUCUM, Don. **Desarrollo Psicológico**/ octava edición. México: Edit: Pearson Educación S.A., 2001

ISACOVICI, Salomón y RODRÍGUEZ, Juan Manuel. **Hombre de Cenizas**. México: Edit. Diana, 1990.

LACAN, Jacques. **Intervenciones y textos, conferencia en Ginebra sobre el síntoma.** T 2. s/f.

LAPLANCHE Y PONTALIS, **Diccionario de Psicoanálisis**, Buenos Aires: Edit. Paidós, SAICF, 1996

LLUÍS FONT, Josep M^a. **Test de la Familia.** Barcelona: Edit. Oikos- tau, S.A., 1978.

MUSS, Rudolph. **Teorías de la personalidad.** Barcelona: Edit. Paidós, Bs. As., 1972.

NORWOOD, Robin. **Las mujeres que aman demasiado.** Barcelona: Edit. Ediciones B. S.A., 2004.

OSHO. **La pasión por lo imposible.** España: Osho Internacional, 2005.

RISO, Walter. **El poder del pensamiento flexible.** Colombia: Edit. Norma S.A.,

ROLAND CHEMAMA Y VENDERMERSCH, **Diccionario del Psicoanálisis**, Buenos Aires: Edit. Amorrortu S.A., 2004

TORO G., Ricardo José y otros. **Fundamentos de medicina, psiquiatría.** Colombia: Edit. CIB. 2004.

SPACCARELLI. **Desarrollo de la Personalidad**, 1994.

STANLEY ADLER, Vera. **En búsqueda del tercer ojo.** Ecuador: Edit. Cromograf S.A., 1975.

WEISS, Brian. **Espejos del tiempo.** Barcelona: Edit. B.S.A. 2003.

WEST, Janet. **Terapia de juego centrada en el niño.** México: Edit. El Manual Moderno S.A., 1996.

WAINSTEIN, Martín y otros. **Intervenciones para el cambio.** Buenos Aires: Edit. JCE. Ediciones, 2006.

<http://leymarce.lacoctelera.net/post/2006/09/13/pulsion>.

www.monografias.com/trabajos66/compendio-psicologia/compendio-psicologia7.shtml- 120k -

www.mdp.edu.ar/psicologia/desanali/doc/modpul.doc -

es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20081202081102AAQh3kl - 43k -

<http://es.wikipedia.org/wiki/Instinto>

rickyesteves.wordpress.com/2008/06/28/la-sexualidad-en-freud-pulsion-represion-y-sintoma/ - 101k -

<http://www.topia.com.ar/articulos/805-edito.htm>

http://www.robertexto.com/archivo15/freud_fenom_hister.htm

<http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2008/10/20/libido/>

www.xtec.cat/~lvallmaj/.../fremont2.htm - C. G. Jung. O.C. 4. *Freud y el psicoanálisis*. 233, § 568. Madrid: Editorial Trotta. ISBN 978-84-8164-395-4. Carl Gustav Jung.²

www.scribd.com/doc/2268960/La-Afectividad-y-la-Sexualidad- - 871k

<http://www.elalmanaque.com/sexualidad/informacion/info4.htm>

www.monografias.com/trabajos/freud/freud.shtml

sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-17.htm –

<http://archivosdemedicina.com/files/2/webpgs/mazuca.htm>

<http://www.eol.org.ar/virtualia/006/default.asp?notas/mhbrousse-01.html>