



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**Relevancia de la articulación teórica en la comprensión del caso Julia:
Intervención Psicológica en un Primer Nivel de Atención**

Trabajo Final de Grado

Universidad de la República, Facultad de Psicología

Estudiante: Bianca Peluffo

Tutora: Prof. Adj. Mercedes Couso

Revisora: Prof. Adj. Silvana Contino

Montevideo, Julio de 2020.

Índice de contenidos

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Contextualización de la práctica	5
4. Presentación del Caso “Julia”	6
Familiograma.....	8
5. Intervención	10
Intervención con “Julia”	11
6. Marco teórico sobre Narcisismo	12
Narcisismo en el caso “Julia”	18
7. Marco teórico sobre Histeria	22
Un breve recorrido histórico sobre la Histeria	23
Histeria en el caso “Julia”	27
8. A modo de cierre	30
9. Referencias bibliográficas	31

Resumen

El presente trabajo Final de Grado consiste en la presentación de un caso clínico abordado en la práctica pre profesional de graduación, enmarcada dentro del Primer Nivel de Atención en Salud. Se realiza la articulación del mismo con teorizaciones psicoanalíticas, tomando conceptos como narcisismo y neurosis histérica con el objetivo de comprender el sufrimiento psíquico del sujeto.

En primer lugar, se plantea cómo se va constituyendo psíquicamente un sujeto desde la teorización psicoanalítica Freudiana sobre el narcisismo, y posteriores concepciones más contemporáneas que desarrollaron otros autores sobre esta noción. A posteriori se realizarán puntualizaciones en torno a cómo jugó el narcisismo en la conformación subjetiva de la usuaria, las cuales desde una comprensión dinámica derivan a pensar el caso desde un diagnóstico presuntivo de Neurosis Histérica con el fin de lograr una mayor profundización.

Palabras claves: Narcisismo- Neurosis Histérica- Intervención.

2. Introducción

El siguiente trabajo final de grado, tiene como cometido la articulación teórico-clínica profundizando conceptos teóricos como lo son el narcisismo y la neurosis histérica desde una mirada psicoanalítica. Tiene como punto de partida la práctica clínica de graduación “Interdisciplina, Adolescencia APEX” la cual es llevada adelante en el servicio universitario que se encuentra en el oeste de Montevideo, Municipio A. Este territorio se caracteriza por ser una zona cuya población pertenece a un contexto socioeconómico desfavorable donde sus habitantes poseen un estrecho vínculo de pertenencia, entre sí y con el barrio. Es importante destacar que la policlínica juega un rol central tanto en la atención sanitaria como en prácticas de prevención y promoción de la salud integral. Para lograr este objetivo, se desarrollan estrategias de intervención que permiten detectar situaciones de violencia doméstica y de género, así como también de diversas problemáticas emergentes, contando con dispositivos interdisciplinarios para sus abordajes.

Lo que motiva a quien realiza este TFG, se centra en el interés que ha despertado la psicología clínica en el correr de los años transcurridos en la Facultad de Psicología -UdelaR; el cual ha sido potenciado por el trabajo en territorio. Trabajar en el territorio permitió descubrir complejidades, que presentaron diferentes desafíos e incertidumbres a la hora de intervenir. Se intenta reflejar la experiencia vivenciada, la implicación en un caso clínico, entendida por Lourau (1991), como “un nudo de relaciones” en donde es importante el análisis de la misma ya que ella está presente tanto en nuestra participación y no participación, siendo toma de decisiones, actos de comportamientos tanto éticos como políticos (p.3). El análisis de la implicación siempre estuvo presente tanto en la discusión del caso en la supervisión, como en la toma de decisiones y en las intervenciones realizadas, abordando al mismo desde una postura ética y reflexiva. Este trabajo final tiene como cometido profundizar y repensar acerca de cómo el narcisismo juega en la conformación psíquica del sujeto, tomando como base la teoría psicoanalítica. Pensar el caso desde una comprensión dinámica, derivó en la comprensión de la neurosis histérica, encontrando a su vez la vigencia de la misma en la contemporaneidad.

El trabajo consta de cinco etapas: en primer lugar, se realiza una contextualización del lugar donde se realizó la práctica, en segundo lugar, la presentación del caso clínico al que denominare “Julia”. En tercera instancia se hace referencia a cómo fue llevada a cabo la intervención en este caso. En un cuarto momento se toma el marco teórico psicoanalítico para la articulación de los conceptos de narcisismo, neurosis e histeria para pensar la eficacia de la intervención. A modo de cierre intentaré volcar las conclusiones alcanzadas.

3. Contextualización de la práctica

La práctica de graduación se desarrolló en un Programa de Aprendizaje y Extensión de la Universidad de la República (APEX), ubicado en el barrio Cerro de Montevideo. El programa nace con un enfoque comunitario, fue desarrollado desde el año 1991 con una participación sostenida de la Facultad de Psicología. Primariamente fue financiado por la Fundación Kellogg (Saforcada et al., 2007). La práctica "Interdisciplina, APEX" ofrece varias propuestas de intervención: concurrencia a policlínicas, a centros educativos y a consultorio jurídico. El caso que tomaré para pensar la articulación teórica es de mi concurrencia a la policlínica La Boyada. La cual es una Policlínica de Primer Nivel de Atención (APS), que se encuentra en Camino de La Boyada 1682 Esq. Santín Carlos Rossi, creada por los vecinos en el año 1982, ubicada en este barrio. En la actualidad cuenta con dos médicos de familia, una enfermera, una psicóloga, una partera, estudiantes de Trabajo Social y Servicio de Orientación, Consulta y estudiantes de Psicología. La Policlínica forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S) y pertenece a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La APS¹ como estrategia de atención, toma relevancia en el año 1978, en la Conferencia de Alma-Ata en Kazajstán. Donde se establece la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar mental, físico y social, siendo esta un derecho humano fundamental. Siendo la APS, parte integral del sistema sanitario del país coloca el foco principal y eje central el poder acercar la atención sanitaria donde viven y trabajan las personas (Alma-Ata, 1978). Dentro del S.N.I.S se pueden distinguir tres niveles de Atención, primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a la complejidad en la atención. Este Sistema define a la atención como una forma estratificada, ordenada de los recursos, logrando con ello satisfacer las necesidades de la población, no en términos de servicios que se prestan, sino en la resolución de los problemas de salud (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, Sosa, 2011). En el primer nivel de atención del S.N.I.S es donde ocurre el primer contacto con la población, es la puerta de ingreso al sistema de salud. Resuelve las necesidades de atención básica, trabajando desde las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, llevando a cabo tanto procedimientos de recuperación, como de rehabilitación (Vignolo, et al., 2011).

¹ En el año 2007 en Uruguay se realiza una reforma sanitaria en donde se crea el S.N.I.S. Está regulado por la Ley 18.211, que reglamenta el derecho de toda la población la protección de la salud. Esta reforma dirige a la misma a una atención integral, implicando para ello acciones de prevención y promoción de salud, las cuales serán desarrolladas en el Primer nivel de Atención.

Es en el primer nivel donde transcurre el desarrollo de mi práctica, donde se enfatizó el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud. Se plantea la importancia de realizar entrevistas domiciliarias de los estudiantes con la médica de familia. En una visita domiciliaria, es que conozco a "Julia". Desde esa instancia y en el transcurso del trabajo con la usuaria, estuvo siempre presente el equipo de salud de la policlínica, pensando lo oportuno de cada intervención y delineando la estrategia a seguir. Es desde la supervisión que se pensó en lo importante de mantener el dispositivo de seguimiento en domicilio, hasta generar las condiciones para que la usuaria pudiera volver a las consultas en la policlínica.

Gandolfi y Cortázar (2006), plantean que es necesario para el abordaje de los distintos problemas emergentes, el trabajo interdisciplinario, ya que sola una disciplina no puede dar respuesta. Para ello es preciso llegar a acuerdos, generar espacios de consenso en referencia a determinados principios que parten según estos autores de "una concepción de Salud integral, un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una perspectiva de derechos humanos en general y especialmente en equidad en Salud, una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones" (p.4). Logrando nuevas miradas, para encontrar innovaciones en la resolución de las situaciones cotidianas complejas.

Es a través de la experiencia vivenciada en la práctica donde la importancia del trabajo interdisciplinario tuvo un papel fundamental en la intervención. Aportó un enriquecimiento desde el conocimiento y el funcionamiento del primer nivel de atención, permitiendo un acercamiento a la realidad cotidiana en la que se trabaja. Posibilitó conocer un sinfín de situaciones que se presentan y el entramado de redes que se tejen y entretejen entre diferentes actores sociales para tratar de dar respuestas a los usuarios y a las complejidades presentes. Una sola mirada disciplinaria hace un recorte de la realidad para poder estudiarla y aproximarse a ella. Ese recorte no permite visibilizar otras aristas del sujeto, ni reconocer su complejidad ya que el mismo es resultado de una trama compleja, "de un devenir histórico, social, político, atravesado por las coyunturas que construyen particulares formas de subjetividad" (Parisi, 2006, p.381).

4. Presentación del Caso Julia

Cabe destacar que desde el primer encuentro se le solicita verbalmente el consentimiento informado, el cual me posibilita utilizar este material.

Julia tiene 50 años de edad, aunque aparenta más edad de la que tiene. Su apariencia

denota cierto desgaste y retraimiento. Como si el tiempo se hubiera detenido para ella en los roles impuestos históricamente, adquiriendo protagonismo en su vida el “ser madre”, “ama de casa” y descuidando su propio cuidado personal. El ser mujer parecía haberse disipado en los mandatos externos.

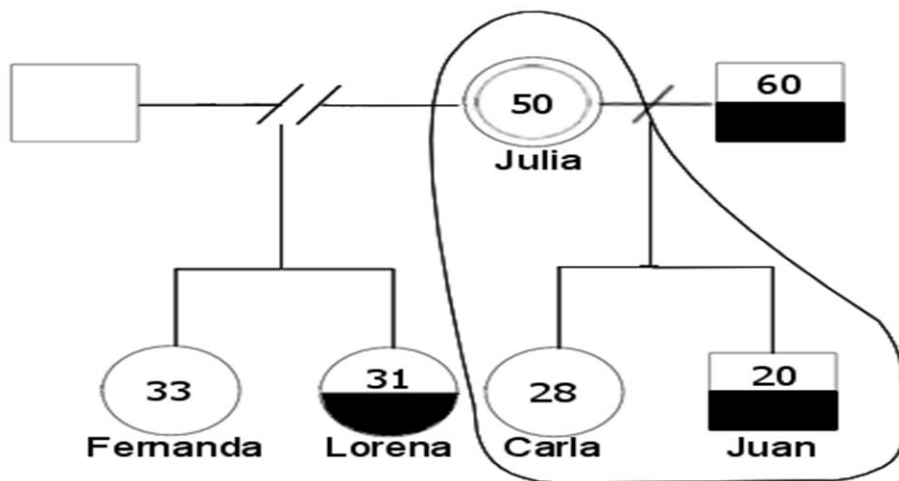
El primer encuentro fue en su casa en una visita domiciliaria. Antes de este encuentro la médica de medicina familiar me pone en situación comentándome los síntomas que presentaba Julia y las decisiones que tomaron los familiares. Cabe destacar que Julia es una paciente que consulta la policlínica desde hace varios años. Desde una mirada médica se plantea la importancia de la valoración desde la psicología en la comprensión diagnóstica para evaluar estrategias de intervención.

Dos semanas antes de la visita, Julia había comenzado con síntomas raros, no abría los ojos y había hecho como una regresión a su infancia. No se levantaba de la cama, se alimentaba con ayuda, tenía peluches consigo y los reclamaba como si fuera una niña, además de confundir a su nieto de 11 años con su hijo de 20.

Los hijos de Julia ante esto, llaman a la emergencia de ASSE y es derivada al Hospital Militar (Cobertura Asistencial a la que accede por su expareja), donde se le realiza una tomografía para descartar un accidente cerebrovascular (ya que es una persona que está anticoagulada, que sufrió una embolia pulmonar y una trombosis en su miembro inferior izquierdo). Cuando se descartó esta posibilidad se la interna en una sala de salud mental (dado la insistencia de sus hijos para que la evaluara un psiquiatra). Dos días más tarde los hijos la retiran de allí, porque observaban que Julia estaba muy sedada bajo el efecto de medicación, que para ellos no le hacía bien.

En la primer visita Julia estaba sentada en el sillón de su casa, insistía en que no se acordaba de lo que le había sucedido, expresaba sentir vergüenza por sus acciones en esos días y se le llenaban los ojos de lágrimas, ante el relato que le hacen sus hijos de lo sucedido, presentando una amnesia o ausencia de lo acontecido. Se destaca un pensamiento que no presentaba incoherencia en su discurso. Expresa que días antes de este episodio, la discusión de sus hijos la afectó. Una de sus hijas discutió con su hermano porque se enteró que este consumía marihuana y le dijo que para ella “él estaba muerto”. (Esta hija mayor es consumidora junto con su pareja de marihuana).

Familiograma



² Familiograma de creación propia

Julia es madre de cuatro hijos. Las dos hijas mayores del primer matrimonio que rondan en los 30, una hija de 28 y un hijo de 20 años de su segundo matrimonio. Este último es el que vive con ella, con el que se producen los entredichos.

Julia, expresa: *“quiero estar bien y recibir ayuda”*. Está recibiendo Sertralina como antidepresivo y Alprazolam (ansiolítico) prescripto por la médica de familia, el diagnóstico que planteó su médica tratante es un trastorno disociativo y plantea consulta con psiquiatra. Al retirarnos de la casa la madre de Julia estaba afuera y nos pregunta cómo vimos a su hija. Comenta que no la ve bien, expresa *“yo crie a mis hijos sola y no me puse así”*.

La médica verbaliza que es una familia problemática, me comenta que hubo una mejoría importante en estas semanas con la medicación. Que Julia siempre fue muy activa y nunca había presentado esta sintomatología. Si bien conoce los antecedentes familiares conflictivos de la familia, a Julia últimamente se la notaba angustiada.

La relación es conflictiva con sus hijos, le afecta que entre ellos no se lleven bien o no se hablen. *“A una madre no le gusta ver que sus hijos no se hablen y tener que estar en el medio. Mi hijo es pequeño aún”*.

La médica, comenta que todos intervienen en la vida de todos, es una familia aglutinada, la

² Un Familiograma es una imagen que a simple vista permite visualizar la conformación y las relaciones del núcleo familiar, el mismo se realizó siguiendo el Documento de trabajo N°4 de Luz Rengifo (2004).

hija que discutió con su hermano se comporta como si fuera la madre de éste y no su hermana. Antes de este episodio Julia se encargaba de las tareas domésticas, esperando a sus hijos con la comida, la ropa lavada, las camas tendidas.

Algo de su historia: la relación de Julia con su madre es difícil, tiene cuatro hermanos, cuando era niña se cuidaban entre ellos porque su madre trabajaba todo el día para poder mantenerlos, ya que su madre los crió sin la presencia del padre y estaban solos casi todo el día. En relación a su madre Julia dice *“ella tiene un carácter muy fuerte que toda la vida fue así”*. Agrega que su hermana que vive en la Teja no la viene a visitar porque no se lleva con su madre y si viene la madre la insulta. La casa de Julia está en el mismo predio que el apartamento de su madre. Su madre tiene 80 años y no le gusta que vayan visitas a la casa de su hija. Los hijos de Julia no pueden llevar amigos, ha sucedido que cuando vienen amigos ella se siente con el derecho de entrar a la casa de su hija imponiendo sus órdenes, generando situaciones tensas que terminan en alejamiento.

En los primeros encuentros no aparece en su discurso nada relacionado a su padre, cuando se le pregunta responde no conocerlo. Relata que en una oportunidad quedaron de verse y el no concurre, generando en ella mucha rabia y tristeza, su padre había conocido a su hermana y a ella no. Al preguntar cómo se sintió en esa situación Julia responde *“si tengo un arma en ese momento lo mato”*. Años después Julia estaba casada y con hijos, su padre se enfermó, ella se fue a buscarlo para traerlo para su casa y cuidarlo, sin que su madre supiera. *Pienso: Relato un poco infantil en este ocultamiento, donde su madre tiene una impronta de un vínculo del primer tiempo, muy persecutorio.* Intento fallido, porque su padre se niega a venir a Montevideo. Al poco rato dice *“él tiene dos hijas con otro matrimonio que me quisieron conocer, pero yo nunca las pude aceptar, sé que los niños no tienen la culpa de los grandes”*. *Aparece reforzada esta hipótesis de la rivalidad fraterna de un tiempo marcado por otro tiempo que es el de la niñez.*

En relación a sus vínculos de pareja: Julia se encuentra separada de su segunda pareja hace pocos meses, con el cual estuvo casada por 25 años. Hace más de un año que no mantenían relaciones sexuales y su expareja en los últimos tiempos dormía en el sillón. Expresa que fue muy bueno con sus dos hijas mayores, pero no con sus propios hijos. Últimamente se había vuelto alcohólico y buscaba pelea con ella, pero ella *“le paraba el carro”*. Julia siente que él *“le falló”*, porque se enojó con el hijo porque consumía en vez de tratar de apoyarlo”. *¿Me pregunto quién le falló a ella? Su padre.* Desde ese tiempo no contesta sus llamadas, y le pide que no llame más, ni le mande mensajes, porque no quiere saber nada de él. A la vez dice *“que se siente sola”*.

En referencia a la sexualidad es un aspecto que casi no aparece en el transcurso de las entrevistas. En el final expresa que su expareja le escribió diciéndole *“que le dolía el corazón por el amor que me tiene, y otras cosas que no puedo decir porque me da vergüenza”* y finalmente dice: *“que se despierta húmedo soñando conmigo”*. Se sonroja, expresa *“me hace gracia, pero no me molesta”* y se ríe (de forma picaresca).

En lo que refiere a las relaciones sociales, son entorno al núcleo familiar, Julia no tiene amigos y en la actualidad no trabaja, dado que hace tres años tuvo una trombosis de la pierna izquierda que provocó una embolia pulmonar, lo cual le generó una trombosis crónica.

El dispositivo de seguimiento domiciliario fue de suma importancia ya que posibilitó acceder a diversa información, por un lado, conocer su historial médico, su relación con el equipo de salud de la policlínica. Observar con qué sostén familiar cuenta, con quiénes vive, cómo se relacionaba el núcleo familiar allí presente, a qué prestaciones accede, datos no menores a la hora de pensar una estrategia de intervención.

Desde este primer encuentro es que se suscitan diferentes interrogantes sobre cómo pensar su discurso, y es desde ahí que parte la necesidad de buscar aportes referentes desde la teoría psicoanalítica, que permitan su comprensión. Lo que motiva este trabajo es comprender desde el diagnóstico presuntivo de Trastorno Disociativo en cómo va resonando la intervención, para que el mismo no sea un diagnóstico categorial y pase a la comprensión dinámica que me llevó a pensar en una Neurosis Histérica.

Para ello fue necesario profundizar en cómo juega el narcisismo en la conformación subjetiva de Julia y cómo procesa la angustia de Castración en la resolución de la salida del complejo de Edipo y qué papel juega en la rivalidad fraterna. Como aportes para pensar el sufrimiento psíquico de Julia y enmarcar la relevancia que tuvo para la intervención en este caso.

5. Intervención

La intervención clínica, para Muniz (2018) “supone un encuentro interpersonal que apuesta a promover cambios en la subjetividad mediante la aplicación de un conjunto de técnicas y estrategias específicas que procuran rescatar la singularidad del sujeto, del grupo o de la institución en cuestión” (p.122). Permitiendo inaugurar un espacio de co-construcción que posibilita pensar con otro, en donde por medio de la escucha clínica y la instauración de

un encuadre permite generar cambios de posicionamientos subjetivos, los cuales se experimentan en transferencia (Muniz, 2018).

Intervención con Julia

Los encuentros se desarrollaron desde el mes de julio a noviembre del 2018. Estuvo presente en el trabajo con la usuaria una mirada interdisciplinaria, en donde en conjunto con la médica de la policlínica se pensaron estrategias que permitieron vislumbrar la situación de Julia. En una primera instancia se solicitó a las hijas el poder contar con la historia clínica para poder conocer los resultados de los estudios que le realizaron durante la internación, como así también se manejó la posibilidad de que Julia realizará una consulta con neurólogo para descartar cualquier factor orgánico en su padecimiento.

Luego de descartar el mismo, se la derivó a realizar una consulta con psiquiatra para poder saber si la medicación que estaba recibiendo era la adecuada.

La intervención constó de diecinueve entrevistas con Julia, de las cuales dos acontecieron en su hogar, las restantes fueron en la policlínica, decisión que se toma en la supervisión de la práctica, teniendo en cuenta la intromisión de sus hijas en los espacios de las visitas domiciliarias. Se ve adecuado que Julia comenzará a salir de su casa.

Se realizaron dos entrevistas solo con sus hijos, pues era pertinente conocer cómo vivenciaba su familia la situación en la que se encontraba Julia, como significaban ellos esta crisis. En las primeras intervenciones con Julia, ella casi no hablaba, iba acompañada por su hija, miraba hacia abajo y no mantenía contacto visual, se agotaba con facilidad. Luego comenzó a asistir sola a la policlínica, e ir poniendo en palabras lo que sentía; al encontrar juntas diferentes sentidos a como ella se mostraba frente a la toma de decisiones propias, se fue animando a manifestar frente a sus hijos y a su madre las razones de su malestar. Diferenciándose del lugar de sus hijos y de hija, cobrando mayor autonomía consigo misma. En una de las entrevistas expresa *“que su madre le pregunta qué le pasa y le dice que ella pudo sola, que trabajó toda su vida y que no le paso nada”*. Frente a ese relato indiscriminado de que la única verdad era la experiencia vivida por su madre, ella pudo poner una pausa y diferenciarse. *“Le dije que no me pregunte que no tengo ganas de hablar”*. Pudiendo marcar un límite. Y comenzar a decidir por sus propios medios, en lo que respecta tanto a su salud como a su vida amorosa.

En la última entrevista expresa, *“me anoté ya para la médica y pedí hora con la psicóloga de la policlínica y me llevo todo anotado”*. Tomando la decisión de comenzar un tratamiento psicológico, como decisión tomada en nuestra Intervención.

Estos cambios de subjetivación que se fueron desplegando, generaron en Julia una mayor confianza en ella misma, y le dieron la posibilidad de pensarse de una forma diferente.

Es desde la escucha sobre su discurso, sus silencios, su lenguaje verbal, no verbal y mis intervenciones, que surgen interrogantes para poder acercarme a comprender su sufrimiento. Es desde ahí que comienzo a repensar la relevancia del narcisismo en Julia.

6. Marco Teórico sobre el Narcisismo: Del mito a la constitución psíquica del sujeto.

Narciso era hijo del Dios Boecio del río Cefiso y de una ninfa acuática llamada Liriope. Dice la leyenda que un día descansaba junto a un lago de aguas transparentes, se acercó al agua y se enamoró de la imagen que veía, su propia imagen que se proyectaba en el agua, con la cual quedó fascinado. Llegando su fascinación a tal punto que dejó de dormir y comer por el sufrimiento que le causó no poder conseguir a su nuevo amor, dado que cuando se acercaba al agua, la imagen desaparecía (Narciso, mitos y leyendas, 2013).

Freud primeramente en 1909, expone que el narcisismo es una fase intermedia entre el autoerotismo y el amor de objeto. Más tarde, en Introducción del narcisismo hace referencia a la importancia de este en el desarrollo sexual de los sujetos, y analiza las relaciones que se suscitan entre los objetos externos y el Yo. Crea una distinción entre la libido de objeto y la libido yoica. Introduce dos conceptos como son el Ideal del Yo y la instancia de observación de sí, que designaría como el Superyo (Freud, 1984a).

En referencia al narcisismo distingue narcisismo primario y secundario. Expresa que, en el desarrollo, el sujeto va transitar por una primera etapa que él denomina narcisismo primario, este periodo va a ser un espacio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto (Freud, 1984a). Esto significa que en una primera instancia no hay un Yo constituido como tal, el mismo se va ir desarrollando de forma progresiva, y la libido será satisfecha primeramente por el autoerotismo, por el placer que un órgano obtendrá de sí mismo, en donde las pulsiones parciales buscan de manera independiente su satisfacción en el propio cuerpo (Nasio, 1996).

En el narcisismo primario, Freud marca la importancia de las figuras parentales en su configuración, ya que, en el amor hacia ese hijo, estos proyectan en el niño los sueños, el deseo de lo que ellos no pudieron realizar, no pudieron ser, lo que denomina como resurrección del narcisismo parental, una “reviviscencia” que asegura de esta manera la inmortalidad yoica de los padres (citado en Nasio, 1996). Sobre este punto Nasio (1996)

entiende que, de alguna manera, “el narcisismo primario representa un espacio de omnipotencia que se crea en la confluencia del narcisismo naciente del niño y el narcisismo renaciente de los padres” (p.65). Con lo cual, se producirá una inscripción en el niño de las palabras y de las imágenes de los padres.

En la instancia primaria, tanto la libido yoica y la libido de objeto se encuentran juntas, son indiferenciables, pero luego esta energía se traslada al mundo exterior y se construye sobre este narcisismo primario, el secundario, a través del replegamiento de las investiduras de objeto (Freud, 1984a). Es entonces que para que el narcisismo se constituya como tal, a las pulsiones iniciales que son autoeróticas, se le debe sumar una nueva acción psíquica, para que el narcisismo secundario se constituya, siguiendo los planteos de Nasio (1996) será necesario que se generen dos movimientos, en donde habrá un retorno del investimento de los objetos al Yo. Es decir que primeramente las pulsiones sexuales parciales autoeróticas del niño, se van a concentrar en un objeto, van a investir el objeto, “mientras la primacía de las zonas genitales aún no se ha instaurado” (p.67). Luego de la elección de objeto amoroso, se producirá otro movimiento en el cual hay un retorno de la libido de objeto al Yo, esto significa que la libido va a tomar al Yo como objeto (Nasio, 1996).

En referencia a la elección de objeto dice Freud, que habría dos formas de elección. Primeramente, el niño o el bebé va a tomar a la madre o quién cumpla con el rol de nutrirlo y de cuidarlo, la que más tarde va advenir en los primeros objetos sexuales para este y denomina a esta elección de objeto como apuntalamiento anaclítico. Esta forma de elección del objeto amoroso externo va a generar un empobrecimiento del Yo. En cambio, si esto no sucede y se toma como objeto amoroso a sí mismo, corresponden a una elección objetal narcisista (Freud, 1984a).

Freud (1984a) expresa que “nos formamos así la imagen de una originaria investidura libidinal del Yo, cedida después a los objetos; empero, considerada en su fondo, ella persiste” (p.73). Entre las energías de la libido de objeto y la yoica, se produce una oposición que implica que cuando más energía gasta una, la otra disminuye su energía, se empobrece (Freud, 1984a).

El cambio de estadio entre el narcisismo primario a secundario sucede cuando el Yo se confronta a un ideal con el cual se medirá, ese ideal le es impuesto desde el exterior, su formación es externa a él. El niño gradualmente irá sometándose a las exigencias impuestas por el mundo que lo circunda, e irá comprendiendo que su madre desea fuera de él, que no es todo para ella, y esto produce “la herida infligida al narcisismo primario del niño. De allí en

más, el objetivo será hacerse amar por el otro, complacerlo para reconquistar su amor, pero esto sólo se puede hacer satisfaciendo ciertas exigencias, las del ideal del Yo” (Nasio, 1996, p.67). Para Freud (1984a) esa instancia que compara a ese Yo ideal con el Yo, es lo que designa como el Superyo que proviene del mundo exterior de la familia, maestros, de la cultura que luego se introyecta.

Nasio (1996) manifiesta que el elemento que va a perturbar el narcisismo primario es la castración ya que en este complejo efectúa el reconocimiento de incompletud que va a generar el deseo de reencontrar la completud. Freud, a la vez recuerda, un estado en que la mujer es suficiente a sí misma, es decir, “sólo se ama a sí misma, y busca suscitar la envidia mostrándose. Entonces, podemos entender el narcisismo como el investimento de su propia imagen bajo la forma de un falo” (citado en Nasio, 1996, p. 70). Para entender el narcisismo desde la identificación yoica, es necesario poder comprender que el Yo se va identificar con la imagen de un objeto perdido y deseado. Pero en la melancolía dice Freud, se produce que el investimento del objeto va a retomar al Yo, esto “representa una regresión a un modo arcaico de identificación en el que el Yo encuentra en una relación de incorporación al objeto”(citado en Nasio, 1996, p. 70). Lo que da a entender que el narcisismo secundario se va definir como “el investimento Libidinal (sexual) de la imagen del Yo, estando esta imagen constituida por las identificaciones del Yo a las imágenes de los objetos” (Nasio, 1996, p. 71).

Freud, llega a concluir a partir de la teorización del narcisismo que tanto en la neurosis como en la psicosis hay un estancamiento de la libido, destacando que en el neurótico se sostiene una relación erótica con los objetos medida por los fantasmas, es decir que, si bien en estos sujetos hay un abandono en la relación con la realidad, y sustituye los objetos reales por otros imaginarios su libido va estar ligada igualmente a parte de esos objetos (citado en Nasio, 1996).

Por otro lado, el psiquiatra y psicoanalista Otto Kernberg (nacido en Viena en 1928), hace dos distinciones con respecto a la definición del narcisismo. Por un lado, desde el plano metapsicológico lo define como el “investimiento del Yo (o del Self) con líbido” (Kernberg, 1992, p.102). Este Yo, no es pensado como algo abstracto sino por el contrario como una estructura subjetiva que da lugar a la integración del self, es decir a la integración del concepto sí mismo. El narcisismo es lo que permite el investimento de la estructura subjetiva en los sujetos. Este se va conformando por medio del “sí-mismo”, entendido como una estructura intrapsíquica. La misma es parte de la estructura yoica del individuo, que está conformada, por vastas representaciones, que tienen un carácter afectivo y cognitivo para este. Esta le

permite percibirse como sujeto, en las interacciones reales con los otros, y también en interacciones fantaseadas, con otros sujetos que son significativos para él (Kernberg, 1992). El Yo, además del “sí- mismo”, está conformado también tanto por imágenes ideales objetales, e ideales de sí mismo, como por representaciones objetales. Las cuales se van a encontrar en diferentes niveles de integración, abstracción y de despersonificación. Esta investidura libidinal del “sí -mismo”, se va a dar de las variadas relaciones que existen dentro la estructura yoica a las cuales el autor denomina determinantes intrapsíquicos del narcisismo, y a su vez de la relación con otros determinantes interpsíquicos, esto hace referencia a la relación con los otros aparatos del psiquismo, como son el Ello y el Superyo (Kernberg, 1975).

En un narcisismo normal siguiendo la definición de Hartmann, que lo define como “la catectización libidinal del sí-mismo” (citado en Kernberg, 1975, p.278), requiere que el “sí-mismo” previamente haya integrado imágenes malas y buenas de sí, en un “autoconcepto real que incorpora - no disocia” (Kernberg, 1975, p.279). Como pone de ejemplo este autor, la capacidad de odiar requiere la integración del amor y del odio. Un sí mismo integrado le permite al sujeto por un lado tener una continuidad de la experiencia subjetiva a través del tiempo y a la misma vez le permite el funcionamiento en los distintos ámbitos de interacciones psicosociales (Kernberg, 1975).

A su vez Kernberg (1992), presenta otra concepción la cual refiere al narcisismo desde el ámbito clínico como el regulador normal o patológico de la autoestima. Lo que definiría a la autoestima es la mezcla de los componentes tanto cognitivos, como afectivos. En el narcisismo normal adulto, para que la autoestima esté regulada de forma normal va a depender de la integración tanto del concepto de sí mismo que tenga el sujeto, como de la integración de las representaciones buenas e idealizadas con representaciones persecutoria y malas de sí, como también de la capacidad del desarrollo de las relaciones totales objetales. Esto va a producir una autovaloración en el sujeto.

Para el desarrollo normal del narcisismo tienen inferencia tanto los factores externos, como los intrapsíquicos del sujeto, ya que ellos juegan el rol de regular la autoestima. En las estructuras intrapsíquicas del Yo se encuentran las metas tanto conscientes, preconscientes e inconscientes que van a ser el reflejo de las imágenes ideales del “sí-mismo” que se va a medir con el “ sí- mismo” real y cuando surgen tensiones entre el “sí- mismo” real y el “sí-mismo” ideal y no hay un estado deseado para el “sí- mismo” genera en el yo una vivencia de desamparo y desesperanza (Kernberg 1992). Pero a la vez, este Yo, va estar protegido por el mundo interno del sujeto, va a estar protegido libidinalmente por las integraciones de

las representaciones que el sujeto tiene de otros, estas representaciones objetales también contribuyen a la autoestima. Como también lo hacen dos factores superyoicos que son los factores punitivos, de castigo y las demandas del Superyo, que llevan a cabo una autocrítica real del Yo cuando hay un desarrollo superyoico normal, a través de una función negativa que objeta al “sí- mismo” (Kernberg 1992).

Otro factor que también hay que considerar en la regulación de la autoestima es el Ideal del Yo, es la introyección que el sujeto hace de objetos ideales y por ende del “sí- mismo” ideal, en el Superyo es lo que el individuo va ir introyectando desde la instancia temprana de su niñez y en el transcurso de su infancia. Esto le permite estar al nivel de las expectativas y demandas introyectadas que le producirá un aumento de su autoestima. Si esta estructura no tiene una integración adecuada produce un aumento de dependencia en el individuo de fuentes externas, tanto de amor, como de confirmación y de admiración (Kernberg 1992).

Además, el autor afirma aludiendo al Ello, que hay que tener en cuenta los factores orgánicos e instintivos. El sujeto va aumentar su autoestima, si es capaz de lograr complacer las necesidades instintivas, llegando un acuerdo entre estas necesidades que le son internas con los requerimientos del entorno, por medio de la transformación de los impulsos instintivos en actos aceptados desde el punto de vista social y moral, es decir de la capacidad de sublimación que posee la persona (Kernberg 1992).

Dentro de los factores externos al sujeto que intervienen en esta regulación, se encuentran las gratificaciones a las que el sujeto accede, que le permitan satisfacer sus metas, y que le permita un adecuado funcionamiento social. A la vez, satisfacer sus aspiraciones culturales e intelectuales, en los cuales entran en juego no solo los factores de la realidad sino también las demandas superyoicas y yoicas. Como también los sistemas de valores culturales y éticos, además de los sistemas psicosociales y psicológicos antes descritos, y las gratificaciones libidinales que reciba de los objetos externos (Kernberg 1992).

Kernberg (1992), dice que en todas las neurosis hay un narcisismo patológico infantil y que los conflictos están fijados a conflictos infantiles. Lo cual refleja, excesivas presiones superyoicas, problemas de relacionamiento entre el “sí-mismo” con los objetos externos y una disminución de sublimación del Yo.

André Green (1986), es por medio de las lecturas sobre Freud, Lacan, entre otros, que se cuestiona sobre el concepto de narcisismo y busca la relación y la articulación de este con la pulsión de muerte, lo que él denomina con el nombre de narcisismo negativo. Para este autor en el narcisismo es importante considerar la relación con los objetos reales, dado que

los objetos de la realidad desde el punto de vista de las causas de las psicopatologías, muestran cómo la estructura psíquica de cada individuo, da cuenta de ciertas relaciones entre objeto fantasmático y objeto real que presentan cierta singularidad. Es por eso que, en el narcisismo, el objeto entra en una relación de conflicto con el Yo, tanto sea real este objeto o fantasmático. Es en relación a esto que expresa que “La sexualización del Yo tiene por consecuencia transformar el deseo hacia el objeto en deseo hacia el Yo” (p. 18).

Este autor lo denomina como el “deseo de lo uno”, porque lo que se produce es un borrado de la huella del deseo del Otro, en donde el Yo pasa a ser el objeto de deseo para sí mismo. De este modo da entender al deseo, como el movimiento que quita del centro al sujeto, el afán de la búsqueda del objeto de la falta, de la satisfacción hace que el sujeto experimenta que su centro está fuera de él. No es parte de este, está separado y tratará de reunirse a través de recursos de unidad, identidad reencontrada, para lograr reconstituir su centro en búsqueda de hallar un bienestar de experiencias de satisfacción consecutivas. Siendo el deseo el que lleva a la conciencia la sucesión de lo que acontece en el tiempo, como así también la separación espacial con el objeto que nacen por la demora de la vivencia de satisfacción.

Dice Green (1986), “Sobre esta matriz simbólica primaria, fuente del desarrollo psíquico, múltiples factores concurrirán después para oponerse al cumplimiento pleno del deseo. Citemos, entre otros, la desmezcla de las pulsiones, la bisexualidad, el principio de realidad y, por último, el narcisismo” (p. 18).

En la explicación sobre los medios a los que se acude para enfrentar la imposibilidad del cumplimiento de deseo, dice Green (1986), que es un logro psíquico del niño, que, ante la primera vivencia de falta, la resuelve mediante la realización alucinatoria del deseo. Esto le permite reparar esta ausencia de objeto. Lo que significa que este modelo se va enriqueciendo por medio de las frustraciones, que irá más allá de la búsqueda del pecho materno, porque el lactante no está en condiciones de determinar si la madre acudió a su llanto para brindarle atención. Sin embargo, queda establecida una “relación de causa a efecto entre la realización alucinatoria del deseo y la vivencia de satisfacción” (p.18).

Ahora bien, si el niño tiene aseguradas las necesidades vitales, esto permitirá que disponga de otras soluciones cuando posteriormente se le presenten nuevas situaciones de falta del objeto. Para este autor la mayor importancia es la identificación en donde el Yo se transforma en ese objeto, aboliendo la representación de este último, esto se entiende como identificación primaria narcisista ya que hay una fusión entre yo y objeto, donde no hay una distinción del Yo- no Yo, es decir no hay un reconocimiento de alteridad. Esta modalidad de

identificación va encontrando su variable según la edad del sujeto (Green,1986).

Por un lado, dice Green (1986), si esto antes descrito persiste cuando el Yo se distingue del no-Yo y reconoce la existencia de la separación del objeto, deja expuesto al Yo a una multiplicidad de desilusiones, ya que la alteridad no reconocida por este le va provocar contradicciones a lo que se supone que es el objeto, y consecuentemente reiteradas decepciones de lo que espera de él. Vivenciando siempre una insatisfacción por no poder reencontrar su “unidad - identidad” que le proporcione encontrar su centro. Por otro dice que a menudo esto se complejiza, dado que los objetos parentales, investidos de forma narcisista provoquen desengaño al Yo, “en efecto, fracasada la experiencia fundamental del desplazamiento en la procura de un objeto sustitutivo, que restañe las heridas del objeto originario, la secuencia íntegra de los desplazamientos sobre objetos sustitutivos, de los más personalizados a los más impersonales” (p.19). Esto reanuda la decepción, el fracaso inicial.

Es de esa manera que para que el Yo esté en armonía será necesario que el mismo se invista por sus propias pulsiones, lo que este autor denomina narcisismo positivo que es causa de una neutralización del objeto. Obteniendo el Yo de esta manera independencia del objeto, pero la misma nunca podrá reemplazarlo en su totalidad. En ese instante será necesario que las investiduras del yo logren enriquecerse de otra investidura la cual tendrá que volcarse sobre un objeto idealizado en su totalidad, fusionados, de la misma forma que lo hizo en su momento con el objeto primario (Green, 1986).

Para Green (1986) el narcisismo brinda, la oportunidad de una imitación del deseo por la solución que otorga que el descentramiento obligue a invertir el objeto que posee la naturaleza de pasaje al centro. Permite al Yo cierta independencia que logrará trasladando el deseo del Otro sobre el deseo de lo uno. Cuando hay una falla de la realización unitaria del narcisismo, esta imitación puede invertirse, y se transforma en “mimesis del no-deseo, deseo de no-deseo” (p. 20). De esta manera se pone en evidencia lo expresado por este autor, que “el narcisismo no es tanto efecto de ligazón, como de religazón” (p.25).

Narcisismo en el caso Julia

En los primeros encuentros casi no hablaba, se agotaba y en varias oportunidades se perdía en su discurso. Luego de transcurrir encuentros el vínculo se establece, comenzando a poner en palabras su malestar, a jugarse el conflicto en la escena del relato lo que me permite comprender a nivel dinámico algo de su padecer.

Para Julia, es imperioso cumplir con el mandato Superyoico de ser buena madre y esto implica poder cuidar a todos y encargarse de todo, no mostrar falencias, en una identificación alienante en la identificación del deseo, deseo de su madre. Ella trabaja para el logro del reconocimiento narcisista a los ojos de su madre, pero falla, no lo logra quedando sometida a las exigencias tiránicas del SuperYo. Queda claro en la escena de su crisis cuando hace una regresión infantil con su lenguaje, postura corporal y llena de objetos acompañantes (peluches).

Frente a la confrontación con su madre, por momentos logra poner el límite frente a la invasión en su vida. Aparece la angustia, frente a la imposibilidad de no poder cumplir con el ideal del Yo. No puede despegarse de esa madre omnipotente que lo puede todo, que le provoca una confrontación inconsciente donde queda colocada Julia en una identificación espejo, narcisismo en espejo en relación a su madre, hay una repetición en la identificación. La angustia nos habla de su falta, pero también en relación al corte de ese vínculo asfixiante con su madre, donde aparecen reclamos al padre por no ser elegida, mirada. Habilitando su femineidad. Podría decir que hay en Julia, una falla en el narcisismo secundario, como dice Nasio (1996) que el elemento que va a perturbar el narcisismo primario es la castración ya que en este complejo efectúa el reconocimiento de incompletud que va a generar el deseo de reencontrar la completud, incompletud que Julia inconscientemente resiste, por un lado, quedando fijada en los conflictos infantiles, que se refleja en presiones superyoicas que muestra en su discurso.

Kernberg (1992) describe el narcisismo patológico infantil, “todos los conflictos neuróticos se basan en una fijación de conflictos infantiles, entre impulsos infantiles y el SuperYo infantil” (p.104), vinculado en excesivas presiones superyoicas, que fundamentan problemas entre el “sí-mismo” con los objetos externos y una disminución de sublimación del yo.

La búsqueda de sí misma en Julia, pone en evidencia la angustia que le produce la separación, separación que tuvo su inscripción traumática en el desarrollo psíquico, que le produce “un agujero” existencial, esto se manifiesta en referencia a los momentos que la marcaron en la vida:

Comenta: *“A veces pienso cosas de la infancia y de adulta y me pongo triste”.*

Entrevistador: *¿Qué cosas?*

Julia: *“Cuando cumplí los 15 años mi madre me dio una paliza porque me tropecé con un sartén y me quemé un pie. Mi madre me pegó con un cinto y no hubo festejo de cumpleaños y encima tenía todo el pie quemado”.* *“Éramos muy pobres, pero nunca nos faltó la comida,*

mi madre trabajaba todo el día y nunca estaba, además nunca fue afectuosa. Me acuerdo que me hacía arrodillar en el maíz”.

El cumpleaños de quince en la mujer tiene que ver con un ritual que simboliza el pasaje de niña a ser mujer. En este caso en Julia la quemadura en su pie, ya marca la dificultad del pasaje de caminar hacia el mundo adulto. Se suma además que es castigada por su accidente con marcas en su cuerpo y el no festejo la deja aún más impedida de salir de casa. No hubo allí un padre que le permitiera circular de otra forma, o que la rescate de la culpa de reconocer su propio deseo. Escena que se da en transferencia en el seguimiento, ella me ubica por momentos como habilitante a su corrimiento y por otro se muestra sumisa pérdida sin posibilidad de decidir por su cuenta, tratando que conteste o decida por ella.

Esa búsqueda de completud ¿no es en Julia la búsqueda de resarcimiento de amor? Amor que pareciera solicitar en los reproches hacia su madre, en la necesidad de buscar a su padre en dos ocasiones, sin poder acceder a él. Inconscientemente sigue apelando a que se la habilite a crecer, hay una pelea interna del deseo del Otro. Como dice Green (1986) el narcisismo permite al yo cierta independencia que logrará trasladando el deseo del Otro sobre el deseo de lo Uno. Ya que el mismo “no es tanto efecto de ligazón, como de religazón” (p.25).

Esta búsqueda del padre hace referencia con “Ser para un Otro”, con sentirse valorada, manifestado por ella cuando expresa, *“Mi padre me abandonó a los dos años, una de mis hermanas a los años se puso en contacto con él, y concretó un encuentro para que se viera conmigo, pero mi padre no fue y me quedé esperándolo, mi hermana me dijo que le avisó a ella que no iba al encuentro, porque perdía el ómnibus para Tacuarembó”.*

Entrevistador: ¿Cómo se sintió con esa situación?

Julia: “Si tengo un arma en ese momento lo mato” me sentí muy mal, no me quiso conocer, a mi hermana sí, pero a mí no”.

Entrevistador: ¿Luego de ese día tuvo algún contacto con él?

Julia: “Años después este se enfermó y fui a Tacuarembó a buscarlo para traerlo para casa y cuidarlo, sin que mi madre supiera. (Julia ya estaba casada y tenía hijos).

Cuando llegué a Tacuarembó discutimos porque no se quería ir conmigo y no lo pude traer”.

Entrevistador: ¿Por qué lo fue a buscar ya que no tenía contacto con él?

Julia: “Es mi padre y estaba mayor y enfermo y nadie podía cuidarlo”.

No es un padre ausente sino faltante que ella mira tanto que, de todos los hijos, ella queda en su lugar para completar el amor de su madre. Ella si lo ve, lo espera, se pelea y va a su encuentro. La angustia por la separación desde su constitución psíquica se actualiza, apelando inconscientemente al movimiento, a la búsqueda de poder separarse de ese vínculo

pegoteado con la madre. Le cuesta aceptar la falta, esto se observa en las separaciones actuales, por un lado, con su hijo que ya es adulto, de su hija que vive con ella, pero a la brevedad se va con su pareja. Y ese sentimiento se aviva en la finalización de nuestros encuentros.

Entrevistador: ¿Cómo ha pasado en estos días?

Julia: “No sé, nada en especial, estoy triste, estuve hablando con mi hija que se está construyendo una casa en la cooperativa y van avanzando rápido, me dijo que capaz que el año que viene ya están prontas”.

Entrevistador: ¿Qué le pasa con eso?

Julia: “No quiero que se vaya”.

Esto la confronta a el lugar de mujer, cuando los hijos se van, qué hacer con su ser, su agujero, su existencia. Aparece la angustia de su separación de pareja que a pesar de haber sido su decisión denota soledad. En referencia a su ex pareja expresa:

“Lo extraño, estuve con él más de 25 años, fue muy bueno con mis dos hijas que no son de este matrimonio, pero últimamente se había vuelto alcohólico y buscaba pelea”, pero ella le paraba el “carro”.

Entrevistador: ¿Ha sufrido violencia por parte de él?

Julia: “No, no se le hubiese permitido. Sabe, me se siento sola”.

Sobre el cierre de la intervención, en la penúltima entrevista, llega pensativa, callada y expresa: *“Cuando llegué a casa el otro día después del último encuentro me cayó la ficha de que no vamos a continuar con los encuentros y lloré, ¿sabe?”.*

Tanto la soledad, como el no poder aceptar la falta y el no poder estar sola con ella misma podría pensarse como la falta de completud, incompletud no aceptada, que sigue peleando por tener algo de mujer valorada.

Pensar el narcisismo en este caso, permitió pensar el nudo de relaciones que se fueron tejiendo psíquicamente, las fuertes presiones superyoicas que se ven presentes en Julia, la poca aceptación de la falta, la feminidad que aparece desdibujada y la fijación a los conflictos infantiles de forma inconsciente, me llevó a pensar en una neurosis histérica para ahondar en su comprensión.

7. Marco teórico sobre la Histeria

En referencia a la neurosis, Freud en sus hipótesis formuladas sobre el Yo y el Ello, realiza una distinción sobre la Neurosis y Psicosis en 1923. Entiende que la neurosis es el resultado del conflicto existente entre el Yo y su Ello, y pone de manifiesto que en la neurosis de transferencia este Yo, no quiere dar lugar a una moción pulsional que puja del Ello defendiéndose mediante el mecanismo de represión. Esto genera una subrogación sustitutiva que es impuesta al Yo por medio del síntoma (Freud,1984b).

El Yo cuando utiliza el mecanismo de la represión obedece a los dictámenes del Superyo, los cuales se originan con la influencia del mundo exterior real, que han encontrado su subrogación en el Superyo; queda puesto del lado de esos poderes que tienen mayor fuerza que las exigencias pulsionales del Ello, lo que genera que el Yo se ponga en conflicto con el Ello y al servicio de la realidad y del Superyo, dando lugar a las neurosis de transferencia (Freud,1984b).

En "*La Pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*", plantea que "cada neurosis perturba de algún modo el nexo del enfermo con la realidad, es para él un medio de retirarse de esta y, en sus formas más graves, importa directamente una huida de la vida real" (Freud, 1984b, p.193). La neurosis consiste en los procesos que otorgan un resarcimiento a las partes perjudicadas del Ello, reaccionando contra la represión de una moción pulsional, y el fracaso de esta represión produce un debilitamiento del nexo con la realidad (Freud, 1984b).

En la neurosis en cierto sentido está perturbada la relación del sujeto con la realidad, siendo para este un medio para refugiarse, ampararse y retraerse huyendo de la misma, pero sin desmentirla. En ellas "se reacciona con angustia tan pronto como la moción reprimida empuja hacia adelante, y que el resultado del conflicto no puede ser otro que un compromiso, e incompleto como satisfacción" (Freud, 1984b, p.196). En donde se busca sustituir la realidad no deseada por otra más conciliable al deseo. Así es que la neurosis va a servirse de ese mundo de fantasías, el material para sus nuevas formaciones de deseo, lo cual hará mediante la represión. Donde se apuntalará en un fragmento de la realidad que será distinto del cual le fue necesario defenderse, otorgando a este fragmento un sentido secreto y un significado que tendrá su particularidad al que se le denomina simbólico (Freud,1984b).

Por su parte, Laplanche (1971), define a la neurosis como la "Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa" (p.247).

Está caracterizada por un lado por el carácter neurótico del yo, no posibilitando un equilibrio interior satisfactorio, ni teniendo buenas relaciones con los demás, por no poder identificarse el yo con su propio personaje. Por otro, caracterizada por los síntomas neuróticos en donde se encuentran trastornos en las ideas, sentimientos o conductas que manifiestan una defensa contra la angustia, constituyendo un beneficio secundario en su posición neurótica en relación con su conflicto interno.

Un breve recorrido histórico sobre la Histeria...

En lo que refiere a la neurosis histérica la misma ha sido estudiada y han tratado de definirla desde tiempos remotos. Ha ido adquiriendo dicho concepto notables diferencias respecto de cómo comprender a la misma.

En el siglo XIX en observación de los síntomas de la histeria, Janet (1909), entiende al delirio histérico como una idea, un sistema de movimiento e imágenes que no solo escapan al control sino además al conocimiento de los otros sistemas que constituyen la personalidad del sujeto. Cuando el delirio termina y el sujeto vuelve a la normalidad parece haber olvidado completamente lo sucedido. Esta amnesia si bien no es profunda ni definitiva no deja de ser real para el sujeto. Otro síntoma que explica Janet (1909), es la sugestión, expresa este autor que la anestesia histérica es un síntoma moral que es analógico a la distracción, pero no un síntoma físico, y entiende necesario no reducir la histeria a este concepto ya que no está sólo constituida por él.

Janet (1909), en referencia al estrechamiento del campo de la conciencia, agrega que es allí en donde se caracteriza la vida psicológica del sujeto. La cual está constituida por fenómenos sucesivos que son complejos, en donde se entiende por “campo de conciencia a la mayor cantidad de fenómenos simples, o relativamente simples, que pueden reunirse en un momento dado y que pueden hallarse simultáneamente ligados a nuestra personalidad dentro de una misma percepción personal” (p.185). El cual va a ser distinto y va a variar en cada sujeto.

En referencia a la disociación de funciones, dice Janet (1909), que la misma permanece en diferentes grados intacta. Es decir, se conservan las funciones en la disociación algo propio de la histeria, el recuerdo persiste a pesar de las aparentes amnesias, como también la palabra y la movilidad se manifiestan en el sonambulismo a pesar de la paraplejía y mutismo que presenta en el estado de vigilia. Expresa que la “histeria es ante todo una enfermedad de la personalidad” (p.190), que presenta una descomposición de las

funciones e ideas cuya conjunción constituye la personalidad. La histeria es considerada, para este autor como una forma de depresión de la mente, que tiene como características tender a la disociación, el estrechamiento del campo de la conciencia, con independencia de las funciones y de las organizaciones de ideas, que por medio de su integración forman la personalidad.

Si bien Janet hace las descripciones de lo observable y de la sintomatología en las crisis histéricas, pareció pertinente hacer referencia al mismo para este trabajo, y así poder conocer la estructura psicológica de Julia, no para enquistar al sujeto en un diagnóstico, sino todo lo contrario, para poder pensar más allá de lo manifiesto y ahondar en lo que refiere a la estructura histórica desde su conformación.

Freud, por medio del estudio de varios casos de histerias como Emmy von N, Katharina, Elisabeth von R y otros es que construye una teoría y una práctica terapéutica que permitió a autores posteriores generar nuevas reformulaciones en torno a ella. Introduciendo el método catártico como técnica para el trabajo con estos pacientes. Con respecto a la conversión expresa que el no saber de un histérico puede ser entendido, como el no querer hacerlo de forma consciente y es tarea del analista vencer esa resistencia (Freud y Breuer, 1985).

Henri Ey (psiquiatra y psicoanalista francés), sobre la histeria expresa que en el carácter del histérico y en su persona se encuentra una necesidad de reprimir lo real. Hay insatisfacción sexual o alteraciones, además inconsistencia de la persona debido a que el yo no ha conseguido organizarse a una identificación propia del sujeto. En donde el desconocimiento, las represiones, las degeneraciones del curso de su vida, hacen desaparecer los recuerdos reales y generan la falsificación de la existencia, vive en un mundo ficticio por efecto de la represión, de “todo lo que debería constituir la trama auténtica de su vida de relación, sino que además no cesa de obtener beneficios secundarios” (Ey, Bernard y Brisset, 1978, p.426).

Para poder profundizar sobre el tema es que considero pertinente recurrir a Ronald Fairbairn, (médico y psicoanalista, nacido en Escocia) autor contemporáneo que, sobre las lecturas realizadas sobre estos autores antes mencionados y otros, explica que los problemas de la personalidad del histérico pueden ser entendidos a nivel personal y en términos de relaciones personales que se suscitan en cada sujeto (Fairbairn, 1954).

Este autor pone hincapié en el desarrollo y la diferenciación de la personalidad, y expone los siguientes criterios: la personalidad en su forma primera del niño consiste en un Yo unitario y dinámico. La primera defensa del Yo originario que le permite poder manejar una relación personal que sea insatisfactoria, es realizada mediante la internalización mental del objeto insatisfactorio, este objeto tiene dos aspectos que son perturbadores, uno que es rechazante y otro que es excitante (Fairbairn, 1954).

Para Fairbairn (1954), la segunda defensa yoica se logra por la escisión o el rechazo del objeto introyectado de los dos aspectos de este, el excitante y el rechazante. Produciéndose un quiebre del objeto en tres partes, por un lado “el objeto rechazante” por otro “el objeto excitante” y en tercer lugar el núcleo remanente que surge de la escisión de los elementos de rechazo y de excitación. Este núcleo residual representa el aspecto tolerable del objeto introyectado, que no es rechazado por este motivo por el Yo, pero que continúa activamente cargado por él, que vendría a ser el objeto ideal. Entonces tanto la escisión y el rechazo de los objetos rechazantes como excitantes por parte del Yo, es un acto de represión directa y primaria por parte de este. Esta represión tiene implícita una escisión yoica de dos partes que representan las energías psíquicas que se halla unida a los objetos reprimidos. El núcleo remanente que resulta de la escisión de los dos elementos, representa la represión secundaria directa del Yo. Resulta de lo ante dicho, “un Yo central que catectiza el objeto ideal como objeto interno aceptable y dos estructuras escindidas y reprimidas cargando cada una un objeto interno reprimido” (p.221).

Estas estructuras del Yo que se escindieron, las entiende como Yo- libidinal a la estructura del Yo reprimida que catectiza al objeto excitante, y como Yo- antilibidinal la que catectiza al objeto rechazante, esta última tiene finalidades hostiles a las del Yo- libidinal. Además, ejerce por su dinamismo un ataque persecutorio que refuerza la represión ejercida por el Yo central, que permite definir como “represión indirecta”. Estas estructuras son independientes entre sí (Yo- libidinal, objeto, ideal y rechazante) con diferentes funciones dentro de la economía psíquica que se encuentran dentro del Superyo descrito por Freud. Esta situación endopsíquica se establece en el niño a edad temprana y pueden considerarse “normal”, “pero contiene en su aspecto dinámico, las potencialidades de todos los desarrollos psicopatológicos de la vida posterior” (Fairbairn, 1954, p.222). En el estado Histérico, en la situación Endopsíquica el objeto excitante es sumamente excitante y el objeto rechazante es sumamente rechazante y por ende el Yo-antilibidinal es sumamente persecutorio y el Yo-libidinal sumamente libidinal, lo que permite explicar la represión sexual intensa del histérico como así el grado de sacrificio de la sexualidad de forma compulsiva en estos sujetos (Fairbairn, 1954).

En la clínica según Fairbairn (1954), se presentan de forma habitual sentimientos tanto de inferioridad como de desamparo. Otros rasgos característicos del Histérico que se hacen presentes en la clínica, es que el Histérico no cesa de lamentarse de las limitaciones, sacrificios y sentimientos de inferioridad. Como también sentimientos de agravio que son inconscientes (pero que se manifiestan en la clínica), contra quienes tienen relación con las circunstancias que son externas al sujeto pero que tienen relación con el drama endopsíquico primario de este. Observando que las estructuras yoicas reprimidas son el reflejo de la ambivalencia en etapa temprana del niño hacia los objetos. Caracterizando que la agresión originalmente en los histéricos no solo es hacia los objetos, sino a su libido es decir dirigiéndose al yo libidinal a través del Yo antilibidinal. A su vez, este autor entiende al síntoma conversivo como una “técnica defensiva” cuya función es de prevenir que afloren a la conciencia conflictos emocionales que incluyen relaciones de objeto.

Otro autor que interesa conocer su aporte sobre la histeria es Green (1964), en su lectura a los primeros trabajos de Freud, hace el siguiente aporte. Para él, en esta neurosis hay una obligación de descarga y un camino abierto por así expresarlo, cuyo fin es terminar la tensión. Esta descarga cumple el papel de desalojar una idea intolerable para el sujeto histérico y a la vez adquiere una obtención de satisfacción, porque sigue conservando, aunque de una forma modificada su significado. Señalando, que la plasticidad conversiva se debe al estado inestable de la distribución de las energías. Además, enfatiza que el método catártico logra convertir la excitación del campo físico al campo mental.

Es luego de la segunda tópica Freudiana expresa Green (1964), que queda manifiesto que el problema de la angustia de castración en el complejo de Edipo, se encuentra presente en las neurosis. En la pérdida de objeto que refiere al duelo, en la angustia del Superyo en la neurosis obsesiva, y en referencia a la histeria pone acento a lo dicho por Freud que el problema de estos sujetos es en gran parte en la falta de amor.

Green (1964), observa que lo que entra a jugar en estas angustias es el peligro de la separación. En donde la castración va a adquirir distintas relevancias según las patologías y que la misma va a tener relación con la manera en que el sujeto atravesó las anteriores separaciones. Es decir, va a estar antecedida por la separación del pecho materno y de las heces. Es así que la castración se va a apoyar en estas experiencias anteriores de separación y a posteriori las va a estructurar, “insertándose en un conjunto semántico que le den un valor recíproco” (p. 340). De esta manera el concepto de castración va a conservar su valor constitutivo, estructural.

Otro autor que habla sobre el dolor de la histeria es Nasio (2012), sobre la castración va exponer cómo el fantasma³ de la misma en las neurosis, tiene como especificidad la fuerza que emplea para dominar la vida del individuo. En el fantasma histérico, la amenaza de castración entra por los ojos, resultando de ella una angustia inconsciente que se somete a la represión convirtiéndose en sufrimiento de la vida sexual del sujeto, que consiste en una erotización general del cuerpo y a la vez contrariamente genera una inhibición a nivel de la zona genital.

Para Nasio (2012), el “sufrir de modo histérico es sufrir conscientemente en el cuerpo, o sea convertir el goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal” (p.26). Por lo mismo entiende a la conversión desde una visión económica, en donde un exceso constante de energía se transforma pasando del estado psíquico al estado somático. Lo que provoca la histeria es el fracaso de la represión, convirtiendo la sobrecarga psíquica como síntoma en el cuerpo. Resumiendo, la génesis de la histeria de la siguiente manera “El deseo conduce al goce, el goce suscita al fantasma, el fantasma contiene la angustia y la angustia, por último, se transforma en sufrimiento” (p.79).

La histeria en el caso Julia

A través de la articulación de diferentes momentos en la Intervención se busca una mayor comprensión del caso.

En la visita domiciliaria, como se detalla en la presentación del caso, Julia expresa no acordarse de lo sucedido en los días pasados y expresa sentir vergüenza por sus acciones en esos días, las cuales le fueron contadas por sus hijos. Observando en sus ojos lágrimas mientras hacía el relato. Esta ausencia del recuerdo de lo sucedido persiste. Esto hace pensar en lo que expresa Janet (1909), que cuando el delirio termina y el sujeto vuelve a la normalidad parece haber olvidado completamente lo sucedido y que esta amnesia si bien no es profunda ni definitiva no deja de ser real.

La ausencia del recuerdo le produce angustia. Expresando: *“Me siento angustiada porque no quiero que mis hijos piensen que estoy inventando lo que me pasa en esta imposibilidad de caminar y salir de casa, sé que mis hijos están haciendo un gran sacrificio por mí para cuidarme”*.

³ Para Nasio (2012) el fantasma de castración en la niña “es la confirmación de una castración ya consumada” (p.59).

La conversión que se produce en Julia colocando el síntoma en el cuerpo no deja de ser como expresa Fairbairn (1954), una “técnica defensiva” que lo que logra es no permitir que afloren a su conciencia sus conflictos emocionales. Que luego por medio de la palabra van a jugar un rol inverso en donde como expone Green (1964), convierte la excitación del campo físico al psíquico. Como dice Freud y Breuer (1985), el no saber de un histérico puede ser entendido, como el no querer hacerlo de forma consciente.

Ante lo escrito en la presentación del caso, surge la interrogante sobre ¿Qué lleva a Julia a huir de la realidad?

Esta necesidad de reprimir lo real es característico de la personalidad histérica, que hace referencia a su mundo de fantasías lo que le permite tolerar el sufrimiento que le causa la realidad misma, ya que no ha logrado su Yo una identificación propia. A la vez como dice Ey *et al.* (1978), el histérico no cesa en obtener beneficios secundarios de su enfermedad. Esto es observable en este caso, dado que, debido a lo sucedido su familia está pendiente de ella, cosa que antes no sucedía además de haberse “solucionado” los conflictos entre sus hijos.

A medida que fueron transcurriendo las entrevistas el sentimiento de soledad reapareció en varios encuentros, cuando habla de la relación actual con sus hijos, cuando se refiere su ex pareja, cuando habla de su niñez.

En uno de los encuentros manifiesta: *“Mis hijos dicen que me comporto como una niña que no hago caso, que me dicen que no haga nada que ellos hacen las cosas y yo no hago caso”.*

Entrevistador: ¿Qué hacen sus hijos cuando usted se comporta así?

Julia contesta que su hijo e hija le hablan bien con paciencia, pero su otra hija *“la rezonga”.*

Entrevistador: ¿Usted cree que es una niña que hay que rezongar y cuidar todo el tiempo?

Julia: “No” (se sonríe). “Me da miedo quedarme sola. Quiero ser la de antes”.

Además, este sentimiento se hace presente cuando habla de su expareja, al preguntarle por ella. Julia relata: *“Que un poco lo extraña” y dice “me siento sola”.*

En lo que refiere a la soledad se presenta en varias dimensiones, hipótesis que hace plantearse qué significa para ella. Soledad a la que alude al hablar de su infancia en donde expone que ella y sus hermanos estaban prácticamente “solos”, el miedo actual a quedarse sola, sola como mujer, sola sin sus hijos que ya están grandes y van haciendo su camino.

Pienso: ¿Sola como su madre? O ¿Sola con su madre?

Los reclamos de Julia a su madre se presentan en su discurso de un modo ambiguo, por un lado, reclama su afectividad y por otro, coloca acento en lo severidad de esta, y busca

justificación de su accionar. Esto podría entenderse como dice Green (1964), que queda manifiesto que el problema de la angustia de castración en el complejo de Edipo, se encuentra presente en las neurosis, en la pérdida de objeto que refiere al duelo. En referencia a la histeria pone acento a lo dicho por Freud, que el problema de estos sujetos es en gran parte la falta de amor.

Ser lo mismo que antes para Julia, es ser buena madre, ser buena hija. *Pienso: para ella ser mujer ¿no es lo que extraña?* Mostrando una hipermoral y un Superyo estricto. Además de representar uno de los rasgos que caracterizan el discurso de esta neurosis como manifiesta Fairbairn (1954), que el sujeto histérico, no cesa de lamentarse de las limitaciones, muestra sentimientos de inferioridad y denota los sacrificios que realiza.

En torno a la sexualidad casi no aparece en su discurso y lo poco que aparece es de una forma infantilizada, dado que ella dice que él le escribe cosas “*chanchas*”, se sonroja y le da vergüenza contarlas.

En una de las entrevistas en referencia a su ex marido dice:

“No me respondió como yo quería, le falló a los hijos y por eso también a mí”. “Últimamente cuando pienso que me falló, me pongo mal”

Entrevistador: ¿Cómo era su sexualidad con su pareja?

Julia: *“Era buena, nos llevábamos bien en ese sentido”.*

Entrevistador: ¿Siempre fue así?

Julia: *“Los últimos años no dormíamos juntos y no teníamos relaciones sexuales, él me buscaba, pero yo no quería”.* Luego se queda callada y cambia el tema.

En relación a la sexualidad para Julia ser madre es dejar de ser mujer, como hizo su madre. La represión de la sexualidad se instaura en la amenaza de castración en la “pérdida del falo” como expone Nasio (2012), el fantasma de esta posee un modo de especificidad en la fuerza que emplea para dominar la vida del sujeto y resulta de ella una angustia inconsciente que se somete a la represión, convirtiéndose en sufrimiento de la vida sexual en este caso de Julia. A la vez tiene relación con las separaciones psíquicas antes vivenciadas por el sujeto, como expone Green (1964), separaciones que ha realizado su psique durante el narcisismo, la castración se apoya en estas experiencias anteriores “insertándose en un conjunto semántico que le den un valor recíproco” (p. 340).

La castración acontece durante el narcisismo secundario, proceso que tiene estrecha relación con la problemática histérica, separación que se pone a jugar y se configura en este caso un problema siempre presente en Julia. El sentimiento de que le fallaron, tanto su madre

en algún sentido, su padre y ahora su hijo, habla de la angustia que ella vivencia, la angustia de la separación inconsciente que es puesta en palabras.

8. A modo de cierre

En el recorrido que he realizado en este trabajo se muestra el alcance obtenido en la articulación teórica clínica con el caso presentado. Es relevante destacar el aporte que brindó poder abordarlo desde una mirada interdisciplinaria. Ésta permitió un abordaje integral, y una visualización de la potencia que posee un dispositivo de estas características para el trabajo en un Primer Nivel de Atención. Centrando a cada disciplina en el accionar conjunto.

De las intervenciones realizadas con Julia, se extrajeron algunos recortes para poder exponer el caso y es desde teorizaciones psicoanalíticas sobre el narcisismo que se pudo demarcar el rol que jugó el mismo, en su conformación subjetiva. Lo que permitió dar un sentido a lo que aparece en su discurso y es mediante el análisis, que se aprecia su constitución psíquica reflejada en estrictas presiones superyoicas, en la falta de tolerancia a las separaciones, y a la incompletud, estas hablan de cómo procesó la angustia de Castración, complejo ligado a la instancia del narcisismo secundario. Sumándose a esto sus síntomas conversivos y un desdibuje de su sexualidad fueron delineando un diagnóstico de una posible neurosis histérica. Digo “posible” para no capturar el caso solo en mi mirada, y dejarlo abierto a posibles nuevas reformulaciones que se puedan realizar.

En el transcurso del trabajo con Julia se generaron momentos de incertidumbre sobre cómo ir abordando el caso, los cuales se trabajaron en la supervisión. Es mediante el desarrollo de los encuentros, que Julia pudo ir poniendo en palabras sus angustias y su padecer, lo que le permitió por momentos correrse de ese vínculo aglutinado con su madre, marcando límites y poniendo a jugar su deseo.

La experiencia vivenciada en esta práctica preprofesional me posibilitó adquirir nuevas herramientas para mi formación profesional, y visualizar la importancia del rol del psicólogo en el trabajo en territorio, dentro del Primer Nivel de Atención y como parte del equipo interdisciplinario. Tanto para la resolución de diversas situaciones, como para el logro de un abordaje integral con énfasis en la salud como derecho. Esto conllevó a considerar la relevancia que posee este tipo de prácticas y se cree oportuno su inclusión en la formación permanente.

9. Referencias bibliográficas

- Alma-Ata, URSS, (septiembre de 1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, trabajo presentado en Alma-Ata. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministeriosaludpublica/files/inlinefiles/Declaracion%20Alma%20Ata%20APS%201978.pdf>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Fairbairn, R. (1954). "Observaciones sobre la Naturaleza de los estados histéricos". En Saurí, J. comp. *Las Histerias* (pp.215-250). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1984a). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. XIV) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914-16).
- Freud, S. (1984b). *El Yo y el Ello y otras Obras*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XIX) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923 - 1925)
- Freud, S., & Breuer, J. (1985). *Estudios sobre la histeria*. *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. II) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893-1895).
- Gandolfi, A., & Cortázar, M. (2006). El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. *VIII Jornadas de Psicología Universitaria. (73-78)* Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Green, A. (1964). "Neurosis obsesiva e histeria. Sus relaciones en Freud y desde entonces". Estudio clínico, crítico y estructural. En Saurí, J. comp. *Las Histerias* (pp. 319-364). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Janet, P. (1909). "El estado mental histérico". En Saurí, J. comp. *Las Histerias* (pp.169-191). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.

- Lourau, R. (1991). *Implicación y sobreimplicación. El Espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales*. Buenos Aires: Inédito.
- Uruguay. (2007, diciembre 13) Ley N° 18211: *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*. Uruguay.
Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9945628.htm>
- Muniz, A comp., (2018), *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la Evaluación y el diagnóstico*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de la Enseñanza (CSEE).
- Narciso - *Mitos y Leyendas* (2013). Recuperado: <https://mitosyleyendascr.com/mitologia-griega/narciso/>
- Nasio, J. D. (1996). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Nasio, J. D. (2012). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(2), 373-384.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós
- Kernberg, O. (1992). *La patología narcisista hoy*. En VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA). Barcelona.
- Rengifo, L. M. S. (2004). *Evaluación y trazado de la estructura de la familia. Evaluación del conflicto conyugal: una guía para principiantes*. Universidad del Valle.
- Saforcada, E., et al. (2007) *La Psicología Comunitaria en el Río de la Plata* (Argentina-Uruguay).
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.