

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“Alguien que no está supuesto a nacer, no debería vivir.”**

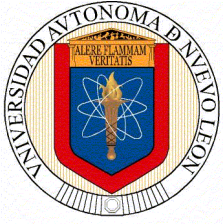
Análisis de un trastorno narcisista.

PRESENTA

ROCÍO ELIZABETH CONTRERAS SÁNCHEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE MAestrÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN  
EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA

NOVIEMBRE 2015



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



**“Alguien que no está supuesto a nacer, no debería vivir.”**

Análisis de un trastorno narcisista.

PRESENTA

LIC. ROCÍO ELIZABETH CONTRERAS SÁNCHEZ

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

DIRECTOR DE TESIS:

EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO

MONTERREY, NUEVO LEÓN,

NOVIEMBRE 2015

*Este trabajo es para mí, es una meta que cumplí.*

*Agradezco a cada persona y cada momento de aprendizaje que me trajo hasta aquí.*

*A quienes en el camino me apoyaron, al director Armando Peña y a Alma Sánchez.*

*Gracias a mi supervisor Camilo Ramírez.*

*Gracias a mi supervisora y directora de tesis Edith Pompa.*

*Gracias a mis padres.*

*Gracias a mí.*

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción .....	5
<b>Capítulo I</b>	
Antecedentes .....	8
Objetivos y Supuestos .....	15
Limitaciones y Delimitaciones.....	15
Justificación.....	17
<b>Capítulo II</b>	
Fundamentación Teórica .....	19
<b>Capítulo III</b>	
Metodología.....	28
Técnicas y Estrategias de Intervención .....	34
<b>Capítulo IV</b>	
Estudio de Caso Clínico .....	36

Historial Clínico .....	36
Estructura Subjetiva .....	41
Construcción de Caso .....	49

## **Capítulo V**

Síntesis Clínica y Conclusiones .....	60
Bibliografía .....	64

## RESUMEN

En el presente texto se expone el concepto de la madre muerta en un orden estructural para un sujeto, así como los elementos circundantes y aquellos factores que necesariamente deben exponerse para delimitar adecuadamente su desarrollo y su influencia en las relaciones objetales amorosas de vida de un sujeto. Se extiende el estudio a las manifestaciones clínicas del objeto en un caso clínico particular. La sintomatología, el discurso y el fenómeno transferencial exponen el desenvolvimiento transferencial y sus raíces en el pasado y en el inconsciente. La perversión, cuadro clínico regularmente relacionado a una desviación de carácter narcisista, también toma lugar en este estudio, proponiéndolo más que como una desviación en su elección de objeto, como una forma particular de recuperar la libido perdida ante el objeto muerto y una defensa e intento de separación ante la inevitable unidad identificatoria que con éste se presenta.

## INTRODUCCIÓN

Al hablar sobre la clínica que realiza el psicoanálisis, se escuchan comentarios sobre que el trabajo se encuentra orientado a trabajar con neuróticos estables y que por ende se trataría de un sujeto no muy complicado, que fácilmente llevaría a un trabajo analítico. Se cae en la idea de que existen sujetos analizables y sujetos no analizables, como si existiese un funcionamiento diferente en ciertas psiques que llevan a una persona a realizar un trabajo mental distinto al de otros. La duda sería si realmente existen estos sujetos no analizables, o si más bien, es del lado del analista donde la tarea de emprender un análisis se complica, enfrentándose a estructuras no tan viables de analizar por él.

Al tomar la base en cuanto a las estructuras psíquicas elaboradas por Freud, se puede partir de la idea de una separación primordial: neurosis, psicosis y perversión. Tal separación se sirve como base para la enseñanza académica universitaria, mostrándolas como tres vías posibles y desenlaces de la formación del sujeto, los cuales pueden mostrar variaciones pero nunca pasar de uno al otro. Esta idea queda muy cuestionable cuando al presentarse la necesidad de hacer un diagnóstico, si mantienes como prioritaria la regla de la individualidad, descubres que nunca un sujeto embona mágica y perfectamente en la teoría estructural. Se presenta como una posibilidad de entrar en una, en otra o en todas. Cuando se desea ahondar en el aprendizaje del psicoanálisis, ampliar las perspectivas y activar lo más posible la escucha, surge un momento en el que estas categorías descriptivas no son suficientes.

Teniendo pues en frente un caso en el que surge la problemática sobre si puede ser colocado o no dentro de una estructura específica, se busca entonces recurrir a otras

herramientas que logren afianzar el trabajo analítico, fuera de la necesidad de plantear una estructura como tal. Para lograr éste objetivo, la presentación del Estudio de Caso está dividida en cinco capítulos. Al inicio se realiza la presentación de la temática abordada pasando por momentos históricos en que la misma ha sido retomada por diversos autores para su análisis. Así mismo, se establecen los objetivos y supuestos de los que parte la investigación, los cuales consisten en abordar la relación que existe entre la perversión y el narcisismo. Para finalizar el capítulo se incluyen tanto las limitaciones y delimitaciones que guiaron el rumbo de la investigación, como la justificación en la cual queda plasmado el motivo por el cual se tomó dicho caso clínico para llevarlo a cabo.

Más delante, se conduce al lector hacia un acercamiento a las distintas teorías que han tocado la temática del narcisismo. Es así como se hace desde los orígenes de la teoría psicoanalítica, tomando como referencia a Freud, para avanzar hacia la teoría del complejo de la madre muerta aportada por André Green (1983) y tomando en consideración la perspectiva del *sinthome* sexual de Genevieve Morel (2008).

Hacia el tercer capítulo de la investigación, lo que se pretende es seguir avanzando en la construcción del estudio de caso presentando ahora los elementos que se combinan en el abordaje de dicha temática dentro de la clínica. Por lo tanto, se enuncian los componentes del dispositivo, el encuadre y el proceso analíticos, para después dar paso a la presentación de las técnicas y estrategias de intervención, tomando siempre como base que estamos frente a una investigación de tipo cualitativo.



Posteriormente, en la cuarta parte del trabajo, se presenta el estudio de caso clínico propiamente dicho; es el capítulo en dónde teoría y práctica pasan a formar un entramado. Se divide en tres apartados, iniciando con la exposición del historial clínico, en el cual se pretende que el lector tenga una aproximación al caso. Esto, brindando los elementos característicos del mismo a través de los momentos significativos del tratamiento tales como la presentación del caso, el motivo de consulta, la demanda terapéutica, la sintomatología actual del paciente y la impresión diagnóstica.

En el segundo apartado denominado Estructura Subjetiva, se aborda lo que es el contexto familiar del paciente, las figuras significativas que forman parte de su constitución como sujeto, el modo en que se llevó a cabo la estructuración edípica, los eventos traumáticos que fueron significativos para la historia y el perfil subjetivo que contiene las características de personalidad del paciente. El tercer apartado contiene la construcción de caso y es dónde se muestran, a través del uso de categorías descriptivas, extractos de viñetas obtenidas a lo largo de todo el proceso que dan seña de lo que se estuvo abordando en el marco teórico respecto a la estructuración del sujeto.

Finalmente se presentan las conclusiones de la investigación, se realiza una síntesis de la intervención, en donde se detallan la trascendencia de las categorías descriptivas utilizadas y el estado psicológico del paciente desde que inició la consulta, así como las evoluciones que ha ido teniendo el caso en el transcurso del proceso.

## CAPÍTULO 1

### ANTECEDENTES

La clínica psicoanalítica tiene como objetivo que el paciente asuma su propio deseo para que, a partir de eso, pueda experimentar cambios en su vida diaria; a medida de que valla cambiando su percepción y posicionamiento respecto aquello que le aqueja. Una complicación vendría a surgir en el campo analítico cuando llega a consulta un sujeto aparentemente desprovisto de deseos, falta de interés, lo que encaminaría a una problemática de tipo narcisista.

Al inicio Freud consideró la homosexualidad como una enfermedad sin embargo, posteriormente lo explicó como un rasgo de la perversión referido a los destinos de pulsión, poniendo en duda incluso si las pulsiones en las neurosis pudieran ser consideradas como perversas.

En 1905 en su texto “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud introduce el término objeto sexual para referirse a la atracción y meta sexual, a la acción hacia la cual esfuerza la pulsión. Establece una distinción entre las inversiones y las perversiones propiamente dichas. Una distinción particular entre las neurosis y perversiones, considerando las neurosis como el negativo de la perversión. Define la perversión como el predominio de una pulsión parcial desarrollada con suma intensidad, que en lugar de satisfacerse en el placer preliminar, traslada el primado que tiene lo genital en el desarrollo normal a otra zona erógena que no concuerda con ese fin sexual.

Para Freud el desarrollo del yo consistiría en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo; éste distanciamiento

ocurre por el desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera, por lo que cumplir éste ideal sería el objetivo para la satisfacción. En caso de que tal ideal no sea desarrollado así, la aspiración sexual correspondiente ingresa modificada en la persona a modo de perversión.

Más adelante Freud (1914) enfatiza la necesidad de profundizar en el tema tomando en cuenta que podría ampliarse la perspectiva sobre la libido narcisista y reclamar su sitio dentro del desarrollo sexual regular del hombre. El tema que particularmente se abordaría para el análisis del caso sería el de la vida amorosa. Contrario al enamoramiento narcisista en el que se encuentra un desborde de libido yoica sobre el objeto, la satisfacción narcisista consiste en amar lo que uno fue y que se ha perdido.

Hanns Sachs (1923) extiende tal estudio, en su artículo “La génesis de las perversiones”, toma como referencia la homosexualidad masculina para explicar la perversión. Menciona que en el sujeto homosexual, la fijación a la madre es demasiado fuerte como para hacer posible el proceso de desprendimiento normal, y para que éste proceso pueda ser logrado en tales circunstancias, la fijación al propio sexo es sancionada e incorporada al yo.

Pensando la línea de identidad, el artículo *Sobre las personalidades como sí* de Helene Deutsch (1934), menciona como ciertos sujetos con apariencia normal y de adaptación social, falta en realidad una especie de autenticidad subjetiva. Se refería a las personas que dejan la impresión de falta de autenticidad, a pesar de que parecen gozar de relaciones "normales" con quienes les rodean y den o quejarse de alguna enfermedad.

Aparecen perfectamente ajustados, e incluso son capaces de una cierta empatía, pero en una serie de circunstancias que revelan una falta de profundidad emocional.

Rosenfeld (1964) en su trabajo *“Sobre la psicopatología del narcisismo”* afirma que la identificación es un factor importante en las relaciones objetales narcisistas, que puede tener lugar por introyección o proyección. Cuando se incorpora al objeto, el self se identifica con el objeto incorporado y la frontera es negada.

La madre siempre tomará un papel muy importante en el desarrollo estructural del sujeto. Refiere Winnicott (1965) que teniendo una madre suficientemente buena, el niño comenzará a formar un ser real. Por otro lado, al no tener una madre suficientemente buena comenzaría a formarse en él un ser falso, propio de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del niño. Por medio del concepto de *“falso Self”*, Winnicott quiso describir un estado clínico particular caracterizado por una escisión entre el ser del sujeto y su máscara social; la que le daría una función positiva de refugio y escondite. Al sujeto sólo le queda la capacidad de alcanzar una identidad a través de la multiplicación de identificaciones miméticas al otro, lo que generaría en él un sentido de “irrealidad”, “futilidad, de “vacío” y de “no existencia”.

Por su parte, Lacan (1967) en su seminario “La lógica del fantasma” refiere que el síntoma bien situado, define la estructura. Menciona que en la estructura de una neurosis ese fantasma no está ligado específicamente a tal o cual estructura del síntoma; los síntomas no actúan del mismo modo en una neurosis o en otra, el síntoma representa una estructura.

Cuando se habla del trabajo analítico, una regla primordial es el manejo de la transferencia, se busca que surja a modo de que pueda iniciar un análisis. Esta regla de trabajar la transferencia se ve entorpecida cuando el sujeto en cuestión se resistía a recordar el nombre de su analista, así como decía olvidar otros nombres comúnmente (colocándose a la par de sus encuentros sexuales). Se recurre entonces a otras ideas, a buscar explicaciones que logren anudar las características del paciente con el esbozo de un posible diagnóstico.

La tarea de denominar al narcisismo como síntoma o como estructura se vuelve complicada. Kernberg (1979), en su libro “Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico”, denomina a como personalidades narcisista al pacientes que presente perturbaciones específicas en sus vínculos objetales. Menciona que este tipo de pacientes no presentaría desórdenes serios de conducta, su comportamiento social suele ser satisfactorio y con un adecuado control de impulsos; su vida emocional carece de profundidad, presentan escasa empatía hacia los demás y disfrutan poco de la vida. Establecería que los mecanismos de defensa de la personalidad narcisista serían los primitivos, tales como la disociación, la negación, la identificación proyectiva, la omnipotencia y la idealización primitiva. También enfatiza que estas personas son incapaces de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo y reacciones depresivas.

Kernberg (1979) define entonces las características clínicas de la personalidad narcisista como tipo específico de la patología caracterológica como aquellos caracterizados por una exagerada centralización en sí mismos, por lo general acompañada de adaptación superficial, pero con serias distorsiones en sus relaciones

internas con otras personas. Afirma que este tipo de personas presentan serias deficiencias en su capacidad de amor y preocupación por los demás, una incapacidad de empatía, pero que a pesar de esto manifiesta una adaptación social realmente buena.

Tomando la vertiente del tema del narcisismo, encontramos a André Green (1983) quien menciona en su libro “Narcisismo de Vida y Narcisismo de Muerte”, la importancia de ahondar en la teoría del narcisismo cuando el trabajo analítico recae sobre el yo. Retoma los estudios de Freud explicando que para él en un primer momento el narcisismo resulta de la libidinización de las pulsiones yoicas que se encontraban al servicio de la autoconservación, para posteriormente explicar por medio del narcisismo la inaccesibilidad al psicoanálisis que algunos pacientes mostraban. Añade que en este tipo de sujetos la libido se había retirado de los objetos y se había replegado sobre el yo, por lo que se hace imposible un análisis de la transferencia.

Siguiendo la línea del texto mencionado de Green, el yo adquiere cierta independencia transfiriendo el deseo del Otro sobre el deseo de lo Uno. Esta mimesis puede invertirse y pasar al deseo del no-deseo, abandona una búsqueda de centro, suprimiéndolo. Queda un vacío y la búsqueda de satisfacción queda fuera de toda satisfacción, dando origen a la muerte como figura del Ser absoluto. La vida se hace equivalente a la muerte porque es la liberación de todo deseo.

Entre las vertientes, surge la idea de las variantes y dificultades que puede tener el diagnóstico de la perversión. Enric Berenguer (s.f.) expone la idea en “El reto de la perversión”, haciendo referencia que en el psicoanálisis, considerar al sujeto responsable de su decisión con respecto al deseo no llevaría a culpabilizarlo, si no a darle un respeto.

Menciona que la división clásica en tres estructuras clínicas fundamentales (neurosis, perversión y psicosis) produce la ilusión de una distribución simétrica, alejando a la neurosis de la psicosis y la perversión y dejando una sensación de ausencia de sentimientos de culpa en el sujeto perverso. Para él, esto trataría de una versión fascinada del neurótico que imagina al perverso como un ser sin límites de ninguna clase.

Berenguer (s.f.) enfatiza que la posición del sujeto con respecto al deseo y la ley es crucial, con lo que hace referencia al debate sobre las perversiones y su reconocimiento social, la nueva presentación de sus síntomas. Afirma que a medida que se avanza en el reconocimiento, el sujeto se ve confrontado más directamente con sus paradojas y su posición en cuanto al deseo sexual y el amor; y el hecho de que en la presentación de la demanda exista un síntoma, hace necesario aclarar las distintas formas de la homosexualidad: la propiamente perversa y la que no lo es.

El síntoma representa una paradoja, Ustárroz (2008) considera que se trata de un placer obtenido a través del sufrimiento y de impedimentos que hacen dolorosa la vida cotidiana. El síntoma se revela entonces como algo displacentero e incómodo para el sujeto, pero que al mismo tiempo le aporta satisfacción, una satisfacción inconsciente de la cual no tiene noticias. Éste placer inconsciente hace que en el tratamiento analítico el paciente no quiera desprenderse de esa satisfacción, produce resistencias y puede manifestarse como transferencia negativa.

Los síntomas surgen como defensa y se manifiestan en las afecciones del sujeto, cosa que no se manifiesta en la psicosis. La característica principal de un síntoma es la

repetición, menciona Ustárroz, que para un análisis tiene que existir un síntoma. En el trabajo analítico se le solicita al paciente la asociación libre y la tarea del analista consiste en detectar las repeticiones inconscientes que sostienen los síntomas, las palabras que insisten en el discurso y el descubrimiento de un rasgo común del objeto de las elecciones amorosas del paciente.

El síntoma se vuelve primordial para la estructura y funcionalidad del sujeto, e incluso se muestra como herramienta defensiva contra la psicosis. Tal es el caso que explica Recalcati (2003) en su libro *Clínica del Vacío*, donde menciona el concepto de psicosis no desencadenadas, implicando el concepto de la disyunción entre la temporalidad de la psicosis y la de su desencadenamiento. Con el concepto de *psicosis no desencadenadas*, define el funcionamiento psicótico del sujeto sin que exista o pueda definirse un momento de desencadenamiento.

Continuando en la línea del síntoma, Morel (2008) en su texto “La ley de la madre, Ensayo del sinthome sexual”, plantea la posibilidad de que el niño pueda sustraerse de la angustia por la ley materna por medio del “sinthome”. Define el sinthome como lo que anuda y permite mantener reunidos los tres registros, puede separar al niño de su madre, eventualmente sin la participación del padre. Afirma que el síntoma constituye una respuesta a la nominación equívoca del goce del niño por parte de la madre y funciona como separación.



## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la influencia de la idea de la muerte en un sujeto proveniente de un deseo de aborto no consumado.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la imagen constituida en el sujeto a partir de una madre percibida como muerta.
- Describir la identificación del sujeto con el deseo de la madre.
- Analizar el papel de la homosexualidad como defensa ante una madre muerta.

## **SUPUESTOS**

- El estado en que el sujeto percibe a su madre “muerta en vida” tiene influencia en el desarrollo estructural del sujeto.
- El deseo de la madre como sustituto de los deseos propios del sujeto.
- La homosexualidad deviene como defensa.

## **LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

Siempre es preciso tomar en cuenta los límites que se presentan entro de un estudio de caso. Dentro del presente análisis se considera como punto primordial la singularidad del Caso Clínico abordado, es decir, se realiza una lectura con la previa advertencia de que lo que aquí descrito responde al trabajo realizado dentro de un

proceso analítico de un sujeto con una historia en particular. En cuanto a las características propias del paciente, es un sujeto masculino de 34 años de edad, soltero, vive con su madre, tiene carrera trunca en psicología y actualmente trabajando en el área de ventas. Tomando en cuenta el desarrollo del tratamiento, no se presentaron dificultades significativas, diferentes a las ausencias esperadas por motivos laborales, asuetos o periodos vacacionales.

Es necesario manifestar que se encuentra una diferenciación en el tratamiento comúnmente esperado, debido al hecho de que el trabajo se llevó a cabo dentro de una institución, motivo por el cual se vio sometido a los inconvenientes que surgen y que no dependen de ninguna de las dos partes involucradas en el encuadre analítico. Por mencionar algunos se encuentran: fallas con el inmobiliario y cambio recurrente del cubículo y espacio de trabajo, debido a los inconvenientes presentados en las instalaciones.

Al hablar del alcance de la intervención se consideran los aspectos que llevaron al sujeto al análisis, visualizando como posibilidad resultante, que a partir del análisis el sujeto pueda manifestar sus propios deseos, reconocer y darle nombre a sus emociones. Buscando que el paciente pueda lograr vincularse de una manera distinta con las personas que le rodean en los distintos ámbitos de su vida, a medida que vaya permitiéndose actuar en base a lo que desea y no tomando como punto de partida lo que le señalen los otros y, en particular, su madre. El desarrollo presentado se basa en una primera etapa del tratamiento que fue enfocada en lo anterior para así poder lograr un movimiento del sujeto que le permitiera conformar las bases para su análisis posterior.

## JUSTIFICACIÓN

El trabajo en el campo psicoanalítico desde su inicio y hasta la actualidad, a más de cien años del inicio de su práctica, se ha fortalecido teórica y terapéuticamente, y de igual manera lo sigue haciendo en el campo de la investigación. A pesar de tener sus orígenes en la psicología surgida como rama dentro de la medicina, el psicoanálisis se plantea desde un punto distinto al de cualquier otra ciencia. No ha sido una tarea fácil y como en cualquier campo, pareciera que en ocasiones surgen tropiezos y retrocesos, pero siendo esta una teoría llena de subjetividades podría ser ese el único camino posible a trazar. El seguimiento “caso por caso” es la antigua norma de la medicina, que se adopta como regla en el psicoanálisis, y como método de investigación especialmente válido como ejemplar para el desarrollo de hipótesis producto de investigaciones (Bodni, s. f.). Habiendo tenido Freud sus estudios en la medicina, es dentro de ésta línea de donde toma parte el comienzo de la formulación de su teoría, basándose en el estudio de casos particulares, es decir, en investigaciones de la evolución de casos ejemplares minuciosamente registrados en la historia clínica.

La intención de la elaboración de un estudio de caso tiene relación con la importancia de la investigación psicoanalítica, apoyada en la premisa de que investigar en psicoanálisis es encontrar una nueva articulación significativa que, en el bien decir, exprese de modo inédito un real imposible de nombrar hasta entonces (Ramirez, 2004). Tomando esto en cuenta se generan herramientas de trabajo para el estudio del caso clínico; los estudios de cada caso se registran y se comunican mediante el documento llamado historia clínica (Bondi, s.f.), de modo que se hace posible la distribución del conocimiento y plasmar el trabajo que un psicoanalista produce en el ámbito particular.

Por lo tanto, se desea formalizar un trabajo de investigación partiendo de la historia clínica de un caso particular. Se plantea la problemática del diagnóstico, las dificultades del manejo de la transferencia cuando ésta se trastoca y se abre la mirada al análisis de un trastorno narcisista. La idea a partir de esto es poder comprender, en el plano personal, el trabajo realizado y aquí expuesto, además de que sirva de apoyo y referencia a quien se interese en dicha temática. Es primordial que la práctica psicoanalítica pueda ser difundida ante quienes se encuentran en formación, o ante quienes manifiesten un interés, de modo que pueda surgir un debate a modo de aprendizaje. Es a partir de la teoría que se abre el acceso a viejos o nuevos conocimientos, los cuales llevarán a una formación profesional mayormente capacitada.

Es por eso que la intención más destacada sería la de proporcionar un trabajo de análisis que continúe con la tarea de hacer investigación y seguir creciendo la ciencia del psicoanálisis, que debe aún ganarse la aprobación de ser llamada como tal. Tomando como ejemplo a otros investigadores, se parte de un proceso terapéutico del cual surge nuestro historial clínico, lo cual permitirá un recorrido desde los aspectos teóricos básicos, hasta las situaciones que no han sido abordadas en su totalidad o de las que aún quedan por develar. La práctica de un psicólogo clínico es siempre centrarse en el sujeto y en funcionar como apoyo para su mejoría, sin embargo, parte importante para poder lograrlo es estar siempre interesados en nuevas áreas de conocimiento. Para ello viene a beneficiarnos en el trabajo y apoyo de la investigación, que no puede cesar mientras la sociedad siga presentando cambios y requiriendo nuevos métodos de abordaje.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Freud (1905) en su texto “Tres ensayos de teoría sexual”, introduce el término objeto sexual, para referirse a la persona de la que parte la atracción sexual, y meta sexual, a la acción hacia la cual esfuerza la pulsión. En su texto establece una distinción entre las inversiones y las perversiones propiamente dichas, que se funda en la plasticidad del mecanismo pulsional y en su capacidad para prestarse a desviaciones respecto del fin y del objeto de las pulsiones, las perversiones y las inversiones respectivamente. Posteriormente menciona que la neurosis sería, por así decirlo, el negativo de la perversión. Esto haciendo referencia a que en la neurosis existe una implicación de la represión sobre las pulsiones sexuales, planteando como perversos los deseos de las pulsiones sexuales y enfatizando la diferencia sobre colocarlos en actos imaginarios o reales.

#### 2.1 Narcisismo

Posterior a la consideración del narcisismo desde una perspectiva de las perversiones, Freud (1914) enfatiza la necesidad de profundizar en el tema, tomando en cuenta que podría ampliarse la perspectiva sobre la libido narcisista y reclamar su sitio dentro del desarrollo sexual regular del hombre. Lo relaciona con la pulsión de autoconservación que estaría presente en todo ser vivo, esto implicaría que la libido es sustraída del mundo exterior y conducida al yo, dando lugar al narcisismo. Considera luego que para tener una aproximación del tema, es necesario tomar en consideración tres aspectos: la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los sexos. El

tema que particularmente se abordaría para el análisis del caso sería el de la vida amorosa.

Freud considera una vía del estudio del narcisismo la vida amorosa del ser humano, menciona que las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación. Las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones yoicas, y sólo más tarde se independizan de ellas. Junto a éste tipo y esta fuente de la elección de objeto, que puede llamarse del tipo del apuntalamiento, Freud da cuenta de ciertas personas, aclara, la enfermedad, muerte, cuyo desarrollo libidinal experimentó una perturbación (como sería el caso de los perversos y homosexuales), no eligen su posterior objeto de amor según el modelo de la madre, sino, según el de su propia persona.

## 2.2 Elección de Objeto

Es entonces que denomina una división del ser humano de acuerdo a su elección de objeto, del tipo del apuntalamiento y del tipo narcisista. Plantea la idea de dos objetos sexuales originarios: él mismo y la mujer que lo crió. Para éste sujeto, aclara, la enfermedad, muerte, renuncia al goce y restricción de la voluntad propia, no han de tener vigencia; las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, realmente debe ser de nuevo el centro y núcleo de la creación. Lo que él proyecta ante sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal.

Freud concluye que el desarrollo del yo consistiría en un distanciamiento respecto del narcisismo primario lo que engendra una intensa aspiración a recobrarlo; éste distanciamiento ocurre por el desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto

desde afuera, por lo que cumplir éste ideal sería el objetivo para la satisfacción. En caso de que tal ideal no sea desarrollado así, la aspiración sexual correspondiente ingresa inmodificada en la persona a modo de perversión; su objetivo se convierte en ser de nuevo como en la infancia: su propio ideal. Contrario al enamoramiento narcisista en el que se encuentra un desborde de la libido yoica sobre el objeto, la satisfacción narcisista consiste en amar a lo que uno fue y que se ha perdido; “se ama a lo que posee el mérito que le falta al yo para poseer al ideas” (Freud, 1914).

En 1915, la elaboración teórico-clínica del proceso perverso encuentra sustento en una publicación que Freud titula: *Pulsiones y destinos de pulsión*. En éste artículo define dos destinos pulsionales que menciona como característicos del proceso perverso: el trastorno hacia lo contrario y la vuelta hacia la propia persona.

Respecto a la relación de objeto Green (1983) enfatiza que la sexualización del yo tendría por consecuencia transformar el deseo hacia el objeto en deseo hacia el yo. Esto es lo que él denomina como deseo de lo Uno, en que se borra la huella del deseo del Otro; se ha convertido para sí mismo en su objeto de deseo. El deseo es el movimiento por el cual el sujeto es descentrado, hace vivir al sujeto la experiencia de que su centro ya no está en él, que está fuera de él, en un objeto del que está separado y con el que trata de reunirse para reconstruir su centro; por el recurso de unidad en el bienestar consecutivo de la experiencia de satisfacción (Green, 1983). En ciertos casos, el efecto combinado de la distancia espacial insalvable y la diacronía temporal indeterminable, convierten la vivencia del descentramiento en el infortunio del rencor, del odio, de la desesperación. Al mencionar esto Green afirma que sobrevendría

entonces una búsqueda activa, pero no de la unidad, sino, de la nada; es decir, rebajar las tensiones hasta el nivel ser, que resultaría en una aproximación de la muerte psíquica.

*“El narcisismo ofrece, entonces, la ocasión de una mimesis de deseo por la solución que permite evitar que el descentramiento obligue a investir el objeto poseedor de las condiciones de acceso al centro. El yo adquiere una cierta independencia transfiriendo el deseo del Otro sobre el deseo de lo Uno”* (Green, 1983). Al hablar de esta mimesis, Green afirma que en el caso de que cuando surge un fracaso de la realización unitaria del narcisismo, se convertiría en mimesis del no-deseo, deseo de no-deseo. Se abandonará la búsqueda del centro por supresión del mismo y el centro como objetivo de plenitud se convierte en centro vacío, ausencia de centro.

### 2.3 El Complejo de la Madre Muerta

Es en este punto dónde la muerte estaría formándose como ser absoluto; la vida se hace equivalente a la muerte, porque es la liberación de todo deseo. *“La realización alucinatoria negativa del deseo, se ha convertido en el modelo que gobierna la actividad psíquica, no el displacer; lo neutro ha desplazado al displacer”* (Green, 1983). Con la metáfora del regreso a la materia inanimada se manifiesta una petrificación del yo que apunta a la anestesia y a la inercia en la muerte psíquica.

André Green hace una aclaración en su libro “Narcisismo de Vida y Narcisismo de Muerte” (1980), al hablar de la “madre muerta” no se refiere a una muerte de la madre como tal, sino que habla de una imagen constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que provocó una transformación del objeto vivo. La madre pasa de ser la fuente de vitalidad del hijo, a ser una figura lejana, átona,



cuasi-inanimada; se refiere entonces a una madre que sigue viva pero que por así decirlo, está psíquicamente muerta a los ojos de su hijo.

Green resalta la presencia de una posición depresiva al afirmar que no importando la estructura que presente el sujeto, se manifiestan en ocasiones rasgos depresivos que parecen ir más allá de lo normal y que el sujeto ignora; esto claramente lleva a la duda que por tal ignorancia se puede pensar en una perturbación mayor. Ésta depresión es sólo producto secundario de la angustia que trae la pérdida a nivel narcisista, pérdida que se manifiesta a través de la transferencia y que a su vez da cuenta del complejo de la madre muerta.

Cuando el sujeto se presenta por primera vez ante el analista, los síntomas de que se aqueja no son en lo esencial del tipo depresivo, casi siempre reflejan el fracaso de una vida afectiva amorosa o profesional (Green, 1983). Esta depresión de transferencia indica una repetición de una depresión infantil que se produce en presencia del objeto, que a su vez se encuentra sumergido en un duelo. Posteriormente el sujeto presentará una dificultad para disponer de las investiduras necesarias para establecer una relación objetual duradera, ni para el compromiso personal profundo que exige el cuidado del otro.

*“El dolor, sentimiento narcisista, reaflorea... es imposible así odiar como amar; es imposible gozar aún masoquistamente; es imposible pensar. Sólo existe el sentimiento de un cautiverio que despoja al yo de él mismo y lo aliena en una figura irrepresentable.”* (Green, 1983)

El principal factor que se manifiesta entonces sería la tristeza de la madre y la disminución de su interés por el hijo, dónde Green (1983) refiere un aborto por la parte

de la madre que produce un cambio brutal en la imago materna; el amor se ha perdido de golpe y el bebé no dispone de explicación alguna para dar razón a lo sucedido. La madre pasa a convertirse en un núcleo frío que deja una marca indeleble en las investiduras eróticas del sujeto en cuestión. En la mayoría de los casos el padre no responde a la aflicción del hijo, por lo que el sujeto se coloca entre una madre muerta y un padre inaccesible.

Es de ésta manera que la falta se liga a su manera de ser y no a algún deseo prohibido (como sería el caso de las neurosis de defensa); se le vuelve prohibido ser. Esta posición que movería al niño a dejarse morir por la imposibilidad de derivar la agresividad destructora hacia afuera, ante la vulnerabilidad de la imagen materna, lo obliga a encontrar un responsable del humor negro de la madre, así sea un chivo emisario. Es el padre el destinado a esto. Green menciona que hay una triangulación precoz; la madre y el objeto desconocido del duelo de la madre. El objeto desconocido del duelo y el padre se condensan entonces para el hijo, lo que crea un Edipo precoz. Debido a ésta serie de movimientos transferenciales y objetales, la unidad del yo queda comprometida y de algún modo agujerada, por lo que da origen abiertamente a la creación artística y a una intelectualización por parte del sujeto. El texto de Green plantea que el niño que ha perdido el amor de la madre se identifica con ella a modo de que su objetivo se convierte en seguir poseyendo al objeto. En suma, los objetos del sujeto permanecen siempre al límite del yo, ni completamente adentro, ni completamente afuera; puesto que el lugar ya está ocupado, en el centro, por la madre muerta (Green,1983).

Posterior al avance de la transferencia dentro del proceso analítico, Green advierte de un cambio que manifestará el sujeto en su sexualización. La vida sexual que hasta el momento se había manejado de manera defensiva y que hasta entonces llevaba satisfacciones pregenitales intensas y desempeños sexuales notables, se detiene y su vida sexual aminora o se desvanece. Menciona que existiría en el paciente la idea de que no se trata de una pérdida de apetito sexual. La vida sexual previa que se mostraba profusa, dispersa, múltiple y fugaz, ya no aporta satisfacción.

#### 2.4 Defensas narcisistas

Green advierte de la dificultad diagnóstica y de la tendencia limítrofe en las personalidades con éste tipo de trastorno narcisista, por lo que se abre la posibilidad a ampliar la perspectiva estructural. Massimo Recalcati (2003) hace referencia a las psicosis no desencadenadas, mencionando la apertura a nuevas formas del síntoma que pone en evidencia la compensación de las psicosis no desencadenadas y muestra nuevas organizaciones del goce. Esto llevaría una compensación de la psicosis; modalidades a través de las cuales el sujeto aleja la posibilidad del desencadenamiento, se mantiene al borde de la psicosis, pero sin caer en ella. Menciona que la categoría clínica de las psicosis no desencadenadas implica al menos dos categorías fundamentales: la compensación imaginaria y la de suplencia; las que formarían una soldadura subjetiva del agujero psicótico.

Desde el punto de vista Freudiano, surgen dos polos de la estructura perversa: por un lado, en la angustia de castración; por el otro, en la movilización de procesos defensivos. En éste aspecto Joel Dör (2006) afirma que Freud pone al descubierto dos

procesos defensivos característicos de la organización proceso perverso: la fijación (y la regresión) y la renegación de la realidad. A su juicio se trata de los dos mecanismos respectivamente constitutivos de la homosexualidad y del fetichismo. Agrega:

*“La homosexualidad resultaría en lo esencial de una reacción de defensa narcisista ante la castración, reacción por la que el niño fijaría electivamente la representación de una mujer provista de pene; ésta representación persistirá en lo inconsciente y se mostraría activamente presente en el dinamismo libidinal posterior.”* (Dor, 2006)

Se habla de un estilo de relación objetal y transferencial a partir de la desinvestidura del hijo por parte de la madre simbólicamente muerta, que si bien ha afectado las relaciones objetales posteriores del sujeto, no se puede pasar por alto la calidad defensiva de estos movimientos presentan y la compensación que surge a partir de esto. En su texto “La ley de la madre, Ensayo del sinthome sexual”, Genevieve Morel (2008) responde al cuestionamiento de como el niño se salvaría de la angustia ocasionada por la ley materna. Plantea la posibilidad de que el niño pueda sustraerse de otro modo de su ley, aquella que lo encadena a veces de por vida y que lo marca decisivamente. Su primera hipótesis es que el sinthome puede separar al niño de su madre, eventualmente sin la participación del padre y a veces mejor que él.

Tomando como base la teoría Lacaniana, Morel (2008) define el sinthome como lo que anuda y permite mantener reunidos lo real (el goce, es decir, la distribución de placer en el cuerpo), lo imaginario (las imágenes, el sentido) y lo simbólico (el lenguaje, la palabra), sosteniendo así la realidad.

Morel (2008) afirma que la ley está hecha de palabras anudadas al placer y al sufrimiento, es decir, al goce materno, que se transmiten al niño desde su edad más temprana y que se imprimen para siempre en su inconsciente, modelando fantasías y síntomas. El niño debe necesariamente separarse de su madre para sobrevivir psíquicamente, un síntoma sería el agente de separación y a menudo se encuentra teñido de ambigüedad sexual, es el vector de una cuestión vital sobre la posición sexuada del sujeto. *“El síntoma es un saber hacer con la repetición y constituye una respuesta a la nominación equívoca del goce del niño por parte de la madre; funciona como separación” (Morel, 2008).*

El sinthome es inaludible para la ambigüedad sexual y puede ser una respuesta a la pregunta o una solución al problema de la ambigüedad sexual. Para Morel, tanto en la neurosis como en la psicosis, la ambigüedad sexual se aloja de entrada en el lugar dónde el sujeto interpreta el deseo materno. Por tanto, un punto especial para la separación del deseo materno, sería el síntoma. Surgen inicialmente como “patologías de ley”, pero en el adolescente o el adulto joven, ciertas ambigüedades sexuales inquietantes parecen resultar de éste intento de separación.

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

Al hablar de una metodología, se designa un modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas, en las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación (Taylor y Bogdan, 2000). Esto implicaría que antes de iniciar una investigación se deberán definir los objetivos de la misma, es decir, qué es lo que queremos obtener a través de su realización, así como la perspectiva desde la cual abordaremos los procesos. Por su parte, Héctor Gallo (2012) menciona que dentro del campo de la investigación, la palabra “método” evoca una ruta a recorrer, un camino que debe diseñarse para alcanzar un fin.

Cuando la investigación se encuentra dentro del campo psicoanalítico, la metodología que se utiliza tanto para la recopilación y elaboración de la ruta, como para la presentación de datos, es la cualitativa. Esta “consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos” (Martínez, 2006). Una característica particular que distingue a la metodología cualitativa de otros tipos de investigación es que en ésta el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; el investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan. (Taylor y Bogdan, 2000).

Por otra parte, su objetivo es, en lugar de medir efectos en las variables a partir de la manipulación de otras (investigación cuantitativa), recopilar datos a partir de la observación del sujeto en un determinado ambiente. Es así como, al hablar de

investigaciones cualitativas, estamos haciendo referencia a aquellos estudios que “intentan describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos (con el fin de generar y perfeccionar categorías conceptuales, descubrir y validar asociaciones entre fenómenos o comparar los constructos y postulados generados a partir de fenómenos observados en distintos contextos), así como el descubrimiento de relaciones causales” (Quecedo y Castaño, 2002). Por lo tanto, la finalidad de este tipo de investigaciones, será el poder aportar o reafirmar teorías a partir de los elementos que sean recopilados en su desarrollo.

En otro punto, el aporte a dichas investigaciones parte de la realización de Estudios de Caso. De manera general, “el método de Estudio de Caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (Yin, 1989). Pero, siguiendo la línea de la práctica psicoanalítica, Michels (1998) define el Estudio de Caso como una interpretación que “debería ser una narrativa de lo sucedido ilustrado con viñetas más que con iteraciones textuales, que no obstante ponen atención a detalles minúsculos e incluyen diálogos literales. Debe dar cuenta del analista, del proceso psicoanalítico, la audiencia y de las intenciones del analista al escribir el reporte del caso”.

Esto deja en claro la diferencia existente entre este tipo de investigaciones y otras que se realizan en el campo de la ciencia; debido a que el sello de las investigaciones en psicoanálisis es la elaboración y presentación de Estudios de Caso en los cuales, a través de una revisión de la teoría en base a un caso trabajado psicoanalíticamente, se pueden generar nuevos aportes o confirmaciones a las teorías ya existentes.

Por lo tanto, y siguiendo la línea del trabajo que se realiza en la práctica clínica con un enfoque psicoanalítico, cabe mencionar que para que esta tarea pueda ser conducida de manera satisfactoria, existen varios elementos correspondientes al modelo psicoanalítico los cuales se deben tomar como punto de partida en toda intervención. Estos comprenden el dispositivo analítico (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia), el encuadre analítico (horarios, frecuencias por semana, tiempo de la sesión, honorarios, posición), y el proceso analítico (transferencia, resistencia, elaboración e intervención); mismos que serán definidos a continuación tomando como referencia el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996).

#### **Dispositivo analítico.** (Invariables del método)

**Abstinencia.** Se refiere al principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista implicaría la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste le pueda imponer. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

**Asociación libre.** Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea. Designa la *ligazón* entre dos o más elementos que



conforman una cadena asociativa que conformarían el material de *asociaciones* verbalizado en el curso de una sesión analítica.

**Atención Flotante.** O atención parejamente flotante, se refiere a el modo como Freud consideraba que el analista debe escuchar al analizado. Resalta el no conceder un privilegio a ningún elemento del discurso, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esto en contraparte con la regla de la libre asociación que se propone al analizado.

**Neutralidad.** Expresa que el analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo. Se debe ser neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales y en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

#### **Proceso analítico.**

**Transferencia.** Se refiere al proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y dentro de la relación analítica. Habla de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

**Resistencia.** Se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Freud la denomina para designar una actitud de oposición a los descubrimientos posibles del psicoanálisis, ya que estos debelaban los deseos inconscientes.

**Elaboración Psíquica.** Término utilizado para designar el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación se ve en el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica, específica Freud, consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola.

**Intervención.** Se refiere a las conductas, verbales o no verbales, de parte del analista en respuesta al discurso del paciente. Las intervenciones se realizan dentro del proceso analítico con la finalidad de llegar al inconsciente del analizado.

**Encuadre psicoanalítico.**

**Horarios.** Martes 5:00 p.m.

**Frecuencias por semana.** Una sesión por semana

**Tiempo de la sesión.** 45 minutos.

**Honorarios.** \$80.00 por sesión.

**Posición.** Cara a cara.

En base a lo anterior vemos que este trabajo de tiene como base los elementos surgidos del proceso analítico, los que producen la información como resultado de la interacción sucedida en el tratamiento analítico. Por lo tanto, los procedimientos

llevados a cabo tienen como objetivo describir las condiciones materiales que permiten la instauración de la intervención clínica. Es por eso que, para estos fines, se han establecido los siguientes elementos:

**Método de la asociación libre:** que la paciente hable de todo lo que se le venga a la mente apegándose a la regla de asociación libre, antes descrita.

**Formas de intervención:** señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.

**Frecuencias por semana:** una sesión por semana.

**Honorarios:** \$80.00 por sesión.

**Tiempo:** 45 minutos.

**Condiciones institucionales:** proceso realizado cara a cara, dentro de un cubículo, ubicado en el segundo piso de la Unidad de Servicios Psicológicos. Se buscó que fuera el cubículo fuera siempre el mismo pero, debido a las malas condiciones de los cubículos y a los manejos inadecuados de la asignación de los mismos, fue necesario cambiar de cubículo en dos ocasiones.

## TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas o estrategias de intervención son instrumentos operativos a través de los cuales el terapeuta accede al discurso del paciente y con ello a actualizar la historia del individuo. Éstas tienen un carácter eminentemente instrumental, ya que por estos medios se obtendrá la información que será la base de la intervención clínica, y se producen en el interior del proceso analítico por lo que se requiere, previo a su aplicación, que sean sustentados con base al propio discurso del paciente que es el que les da eficacia y sentido en la intervención clínica.

Entre las técnicas y estrategias utilizadas en la intervención analítica se encuentran:

### **Instrumentos para recabar información.**

**Ficha de identificación.** Proporciona datos básicos del paciente tales como: nombre, edad, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, entre otros.

**Discurso del paciente.** Asociación libre.

**Viñeta clínica.** Registro anecdótico de cada sesión de análisis. Ésta sirve para retomar elementos que se expondrán en el Estudio de Caso (contenido lo más apegado posible al discurso del que se relacionará con la teoría).

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

### **Instrumentos de concientización.**

Tomando como referencia el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996):

**Interpretación.** Realizar una deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

**Señalamientos.** Tiene como fin llamar la atención del paciente, que se detenga en su discurso, observe y sea capaz de brindar mayor información. (Etchegoyen, 1986).

**Confrontación.** Dirige la atención del paciente hacia puntos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas. (Etchegoyen, 1986).

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

## CAPÍTULO IV

### ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

#### 1. HISTORIAL CLÍNICO

##### 1.1 Resumen general del caso clínico

Se aborda la problemática de un paciente de sexo masculino de 34 años de edad, trabajador en el área de ventas de una empresa. Su complexión y su estatura son medias, su tez es morena y cabello negro, su vestimenta en las sesiones regularmente es formal con zapatos negros pantalón y camisa de vestir. Su lenguaje es amplio y fluido, sin limitaciones ni daño orgánico aparente. Llega a la Unidad de Servicios Psicológicos por recomendación de un amigo que asiste a terapia en este lugar, deseaba recibir tratamiento por parte de un practicante del área de psicoanálisis. Se ha mantenido generalmente constante y puntual en su asistencia, aunque, después de un año de tratamiento empezó a faltar a algunas sesiones, siempre avisando con anticipación.

Llega a la primera sesión con la finalidad de ahondar en sus deseos, ya que menciona no tener ningún deseo o interés particular para su vida y su futuro. No tiene preocupaciones o planes a futuro; terminó la preparatoria porque su mamá se lo exigió, para posteriormente iniciar los estudios en la licenciatura en Psicología. Abandonó la carrera de psicología porque su madre se enfermó y tenía que cuidarla, además de continuar trabajando. Tiene miedo de nunca poder dejar a su madre e independizarse. Su padre lleva mucho tiempo trabajando en Estados Unidos y tiene más de 10 años de no venir a visitarlos. Su mamá piensa que él ya tiene otra familia, pero él pensaba que si se salía de su casa su papá tendría que regresar a cuidar a su mamá. Se salió por casi un año de su casa para vivir con su novio, pero su padre no volvió, él terminó su relación sentimental y volvió a su casa.

Teniendo su relación de noviazgo es cuando él decide buscar apoyo psicológico, debido a que sentía un malestar en el abdomen, mareos y náuseas cada vez que pensaba en en su novio, cuando hablaba con él o si tenían discusiones. El tratamiento dura poco tiempo, ya que no se agenda una próxima cita y él ya no se comunica para programar una. Posteriormente asiste a la Unidad de Servicios Psicológicos, donde se formaliza un tratamiento psicológico.

Se comienza por abordar aspectos de su vida en general y pasando poco a poco hacia aspectos de su pasado. Durante las primeras sesiones se mostraba desinteresado en afirmar que tuviera una orientación sexual en lo particular; se refiere continuamente a “parejas” y comenta que algunas de sus amistades se refieren a él como homosexual y otros como bisexual, pero a él no le importa. Sin embargo, al hablar de su futuro comenta que si tiene un interés en formalizar una relación y piensa en el matrimonio, con alguien del sexo masculino. Pese a tal deseo, las relaciones de pareja que había tenido hasta el momento habían sido pocas y de corta duración. Refiere haber tenido una primera novia en estando estudiando la preparatoria, un novio con el que duró poco tiempo y posteriormente un novio con el que estuvo viviendo casi un año. Ésta última relación que tuvo fue el motivo por el cual decidió buscar un psicólogo.

El tema de las relaciones se vuelve central ya que tiene un modo muy particular de relacionarse. Comenta que solía salir de fiesta los fines de semana, asistía a bares con amigos y tomaba mucho alcohol. En estas salidas, él constantemente encontraba parejas de una sola noche, a quienes terminaba dándoles un nombre y teléfono falsos para evitar cualquier contacto a futuro, y jamás los volvía a ver. Al hablar de sus parejas se refiere a ellos como “amigos” e incluso menciona que nunca tuvo pareja realmente. En cuanto a sus amigos, constantemente lo comparan con El Principito, dicen que vive en una

burbuja donde todo es color de rosa. Comenta algunas pérdidas de amistades debido a que ellos se molestaron pero él no logra comprender la razón, realiza comentarios hirientes cuando ellos pasan por momentos dolorosos, sin embargo, el no relaciona sus comentarios con tal efecto.

Una vez indagando en su historia pasada, surge el factor que posibilitaría una construcción de caso posterior, tema central en el cual se estaría desarrollando la vida del paciente. Comenta que cuando él era pequeño, solía escuchar a su mamá platicar con sus amigas y decirles que ella no deseaba tener un cuarto hijo, que ella había querido abortarlo. El constantemente hacía mención sobre los temas del aborto y la eutanasia, proclamándose a favor de ambos. Piensa que si alguien no está supuesto a nacer, no debería nacer, y se incluye a él mismo en esa idea. Posteriormente agrega que su padre no quería que su mamá abortara, pero que no entiende por qué insistía en que naciera si después se iría a vivir a Estados Unidos y lo dejaría.

El trabajo se orienta entonces a indagar sobre la idea de la muerte, sobre cómo se instaura en él esta idea de poder haber sido abortado por su madre pero rescatado por un padre que después lo abandona.; sobre cómo afecta esto la manera de relacionarse con los demás y sobre sus relaciones de pareja. Al cabo de un año de sesiones, el paciente comienza a realizar cambios en su vida, a cuestionarse sobre su trabajo, sobre su deseo de tener una pareja y lo más importante, comienza a preguntarse acerca de sus emociones, empieza a reconocer las emociones en los demás de manera empática y, por lo tanto, a reconocer sus propias emociones.



## **1.2 Motivo de consulta**

El paciente refiere que hace ya varios meses se siente diferente y menciona que tal vez es la edad, se siente mal porque se fue de su casa a vivir con su novio y regresó por que la relación terminó. No quiere irse de su casa otra vez porque su mamá está sola y piensa que su papá tiene otra familia en Estados Unidos. Se siente mal porque piensa que no podrá independizarse hasta que su mamá fallezca.

## **1.3 Demanda de tratamiento**

Refiere no tener deseos o aspiraciones, no tiene un interés en particular ni presenta planes a futuro, siente que los logros que ha tenido han sido solamente por exigencias de su mamá; como el terminar la preparatoria o comprar una casa. La gente le dice constantemente que él vive en una burbuja, siente que no tiene preocupaciones, pero a la vez también siente que va en contra su madre y su religión debido a que le gustan los hombres.

## **1.4 Sintomatología actual**

Dentro de la sintomatología presentada se encuentran: la incapacidad para establecer relaciones interpersonales sólidas y de confianza, así como malestar en el estómago y náuseas en ciertas ocasiones. Los síntomas físicos se presentaron con mayor intensidad hace 3 años que iniciaba su relación de pareja. Comenzó a perder mucho peso, por lo que acudió a tratamiento psicológico, pero éste fue de poca duración y sin lograr cambios importantes.

## **1.5 Impresión diagnóstica**

Se considera desde un inicio el conflicto entre el trabajo analítico y la posibilidad de que dentro del mismo exista cabida a un diagnóstico tal cual. Sin embargo, para el

desarrollo de una construcción de caso, se evalúan las posibilidades de uno o varios diagnósticos posibles. Tomando en cuenta las primeras sesiones se podría hablar de una histeria con síntomas conversivos, pero al no surgir una representación que devenga en síntoma, se abre la duda a un diagnóstico del tipo psicósomático. Si se adopta la perspectiva de su elección de objeto y su vida sexual, se posibilita el diagnóstico de una perversión; luego al tomar en cuenta las dificultades en la simbolización de los afectos, se considera la existencia de rasgos psicopáticos o una personalidad límite.

Debido al conflicto diagnóstico, se toma como base el texto de “Introducción al narcisismo”, donde Freud (1914) tomando como referencia la descripción clínica de P. Nackle en 1899, refiere que el narcisismo cobra el significado de una perversión que ha absorbido toda la vida sexual de la persona. Coloca dentro de la perversión dos posibles destinos, el fetichismo y la homosexualidad; y dentro de su texto “Teorías sexuales infantiles” afirma que la homosexualidad surge como una defensa narcisista ante la amenaza de castración.

Se fundamenta la existencia de una personalidad narcisista en el paciente en cuestión tomando la postura de Kernberg (1979), quien describe las características de la patología narcisista. Refiere que tal personalidad manifiesta una gran importancia al sí mismo, serios problemas en sus relaciones objetales, una permanente incertidumbre e insatisfacción consigo mismo, incapacidad de amor al otro, falta de empatía y la manifestación de una condensación patológica de ciertos aspectos del sí-mismo ideal y del objeto ideal. Manifiesta que dentro de la situación analítica, las resistencias de la personalidad narcisista se manifestarían negando la existencia del analista como ser autónomo e independiente; situación que se reflejó claramente en el analizado. Agrega

también que la separación por temporadas con el analista (por ausencias, tiempo vacacional, etc.) no provoca angustia ni reacción alguna.

Estas son características que se vieron reflejadas dentro de la historia y proceso analítico del sujeto en cuestión, por lo que se toma tal vertiente de análisis. Tomando a André Green como referencia, surge la problemática de si es posible o no tomar un trastorno narcisista como estructurante en el sujeto; pero él desecha una necesidad de nombrarlo como estructura. Lo que menciona Green en su texto “Narcisismo de vida y narcisismo de muerte” es que el narcisismo puede manifestarse como el corazón del conflicto y afirma que los problemas del narcisismo ocupan un primer plano en las neurosis de carácter, en la patología psicosomática y en los casos fronterizos. Es hacia esta línea que se apunta el trabajo de construcción de caso.

## **2. ESTRUCTURA SUBJETIVA**

### **2.1 Contexto familiar**

La familia del paciente es conformada por seis integrantes; dos padres, un hermano mayor y dos hermanas mayores. Su madre nunca ha trabajado, su padre trabaja en los Estados Unidos y hace 10 años que no sabe nada de él, sus hermanos están casados y tienen hijos. Él fue bautizado dentro de la religión católica y después, cuando aún era pequeño, su mamá comenzó a ir a una iglesia Cristiana y continúa asistiendo a ella hasta la fecha. Su padre era muy estricto y cuando los visitaba quería que todo estuviera en orden, pero su madre aprovechaba la visita para decirle las quejas de todo lo que había sucedido en su ausencia, por lo que solamente terminaba regañándolos y castigándolos.

Actualmente, se encuentra viviendo en la casa de la familia con su madre, sus hermanos viven en sus propias casas con sus familias y su papá vive en Estados Unidos. La casa que él adquirió, se encuentra rentada y el dinero de la renta lo recibe su mamá y lo utiliza para sus gastos. Cuando se fue a vivir con su pareja, él esperaba que su mamá y hermanos lo extrañaban, pero se dio cuenta que nadie resintió su ausencia. Sin embargo, recibió reclamos por parte de su madre y hermanos por haberse ido con su “amigo”. Su mamá hacía comentarios haciéndolo responsable de los problemas familiares debido a su “condición” ya que Dios los estaba castigando.

Cuando era joven, solía vestir con la ropa de su hermano, porque él no tenía ropa propia. No fue sino hasta que él comenzó a trabajar que tuvo la posibilidad de comprarse su propia ropa. Es también en éste tiempo que empieza a experimentar, visitar lugares “de ambiente” y a tener encuentros casuales los fines de semana.

## 2.2 Figuras Significativas

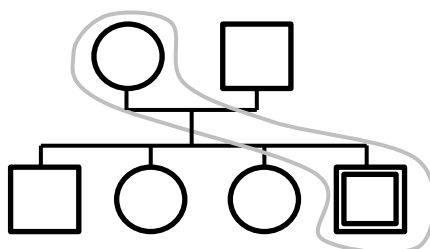


Figura 1. Familiograma

**Mamá.** La madre del paciente es una mujer con fuertes creencias en su religión cristiana a quien él describe como alguien que puede ser muy buena a veces, pero en otras ocasiones puede ocasionar temor. Ella decide hacerse responsable del hogar, nunca trabajó y aceptó el hecho de que su esposo se fuera a trabajar a otro país, lo que ocasionó

que se vieran con poca frecuencia. Sin embargo ella no ha visto a su esposo por casi diez años, por lo que tiene la idea de que él pueda ya tener otra familia, pero no lo sabe con certeza.

En su tercer embarazo presentó complicaciones, por lo que el doctor le dijo que las probabilidades de que su hija sobreviviera eran mínimas. Aun así, su hija fue sometida a una operación a la cual sobrevivió y actualmente sigue con vida y completamente sana. Posterior a esto, tuvo un cuarto y último embarazo, pero ella no deseaba tener al bebé y quería abortar, su esposo no estaba de acuerdo por lo que concluyó su embarazo y su bebé (que es el paciente en cuestión) nació sin ningún inconveniente.

Es una madre que envía mensajes confusos a su hijo, ya que en ocasiones le recrimina los males de su familia a “su condición” (haciendo referencia a su inclinación homosexual), pero en ocasiones le hace comentarios como el hecho de que él pudiera formarse como estilista o que sus piernas podrían verse bien en falda y tacones. La compara con una bruja en un cuento de hadas y siente que no tiene posibilidades de cuestionarla, porque “él no es nadie para contradecirla”. Es también una madre que él mismo denomina como en el plano de los muertos, haciendo referencia a la película animada de “El libro de la vida”. En una fase posterior del análisis el paciente refiere que sus amigos le dicen que él presenta una actitud maternal, él siente que tiene una relación muy unida con su mamá y deja entrever su identificación con la imagen de su “madre muerta”.

**Papá.** Funge como una figura significativa dentro de la estructuración subjetiva del paciente, tanto por su ausencia como por los momentos en los que estuvo presente.

El paciente refiere que su papá si deseaba que él naciera mientras que su madre quería abortar, posteriormente surge un reclamo hacia su padre sobre la razón por la cual deseaba que él naciera para posteriormente irse a Estados Unidos y abandonarlo. Lo percibe como un hombre estricto, que deseaba que todo estuviera en orden para cuando él llegara de visita. Comenta que los recuerdos más presentes que tiene de él se refieren a regaños y castigos, debido a que su mamá aprovechaba la visita para contarle en las ocasiones en que se había portado mal y las quejas de la escuela.

Al hablar de él en las sesiones lo hace en tiempo pasado y se cuestiona la posibilidad de que lo esté matando al referirse a él de esa manera. Posteriormente haciendo también referencia a la película “El libro de la vida”, coloca a su padre en el plano de los olvidados.

### **2.3 Estructuración Edípica**

Como parte de la dinámica Edípica que es vivenciada por el paciente se encuentra por un lado, la relación con su mamá; relación caracterizada por la ambivalencia de sentimientos ya que es vivida a especie de reclamo y rechazo por el hecho de que ella hubiera querido abortar, pero a la vez de respeto y temor, por lo que se le dificulta hablar de manera negativa de ella. Siente que no puede dejarla sola y que debe ocupar el lugar de su padre hasta que él regrese, pero su madre sufre en la fantasía de que su padre ya tenga otra familia y jamás regrese, hecho por el cual el siente el temor a tener que vivir con su madre hasta que ella llegue a fallecer. Siente que debe complacer a su madre en lo que ella le pida y hasta la fecha no ha podido hablar

abiertamente con ella acerca de sus preferencias sexuales; su madre solo hace referencia a ello como “su condición”.

Por el lado del padre, el paciente siente que ocupa su lugar, que lo resguarda hasta el momento en el que él pueda volver, pero a la vez siente que no volverá. Siente que él está ausente, lo coloca en el plano de los olvidados y habla de él en tiempo pasado. No tiene recuerdos recientes sobre él y duda sobre el amor que su padre le pudiera tener. En una ocasión recibieron una carta dónde su papá hacía la petición de sus hijos para que pudieran tener residencia estadounidense. En la carta recibida que sus hermanos le pidieron traducir, venían los nombres de todos sus hermanos, pero no el suyo, por lo que él considera que su papá no tiene interés en él como hijo. El reclamo hacia su padre gira en torno al hecho de que él haya deseado su nacimiento, para después olvidarse de él y dejarlo solo con su madre.

#### **2.4      Eventos Traumáticos**

El evento que funge como determinante en la estructuración de éste paciente, es aquel momento en el que, estando aún en sus primeros años de vida, recuerda haber escuchado a su madre hablar con sus amigas acerca de su embarazo. El solía estar presente cuando le comentaba a sus amigas sobre su deseo de haber tenido un aborto y recuerda que también lo habló con el médico. No recuerda las palabras exactas, lo único que recuerda es el hecho de que ella quería abortar y por lo tanto, no quería que naciera.

En un momento posterior en el trabajo analítico, el paciente refiere un recuerdo de su infancia que involucraba a un vecino que vivía frente a su casa. Narra que el hijo del señor que vivía en esa casa solía acercarse a él cuando era pequeño, en una ocasión le ofreció galletas y le tocó sus genitales por encima del pantalón, preguntándole si ya se

le ponía erecto su pene. Comenta que él aún no sabía que significaba eso, ya que tendría alrededor de seis años cuando eso sucedió. Jamás le comentó a nadie y no recuerda que sucediera en otras ocasiones, pero ahora al recordarlo, siente que fue un “abuso” que sufrió por ser indefenso a esa edad.

Otro momento determinante en su vida al que hace referencia ocurre en su adolescencia, cuando él tenía una novia, quien fue su primera novia. Menciona que ella gustaba de experimentar en el área de sus relaciones sexuales, por lo que en una ocasión le propuso tener un encuentro sexual a manera de trío entre ellos dos y el tercer integrante del sexo masculino. El aceptó y posteriormente, ya terminada su relación con ella, él seguiría teniendo relaciones con el tercer integrante y seguiría experimentando en el campo sexual. La relación con esta pareja termina debido a que ella, siendo alguien liberal, mantenía diferentes parejas sexuales y resultó embarazada de alguien más. Al cuestionarle sobre cómo ella podría estar segura de quien era el padre, el paciente refiere que no lo sabe y que nunca se lo cuestionó.

El evento más reciente al que hace referencia, sucede ya en la edad adulta, a los 18 años. Comenta que estando aún dentro de la iglesia cristiana, tenía amigos que tenían una inclinación homosexual y le invitaban a ir a un bar “de ambiente” (haciendo referencia a que a ese lugar asistían en su mayoría personas con orientación homosexual). En su primera vez en un bar “de ambiente”, menciona que apenas al entrar al lugar sintió la necesidad de salir de ahí corriendo, pero no recuerda por qué motivo decidió huir. Lo que recuerda es que al salir de ahí se topó con una iglesia, así que decidió entrar y se quedó ahí por el resto de la misa.



## 2.5 Perfil Subjetivo

Dentro de los elementos subjetivos que caracterizan a la paciente, y tomando en cuenta los objetivos del presente Estudio de Caso, consideramos que los que se han de desarrollar son:

***Maneras de Interacción.*** A partir de lo expuesto en el historial clínico, podemos dar cuenta de las maneras en que la paciente interactúa en su contexto social. Su vinculación con otras personas que está caracterizada por una falta de lazos afectivos, mantiene cierta distancia y procura quedarse en un lugar seguro, sin involucrarse mucho en detalles personales. Menciona que prefiere evitar que la gente le cuente sus problemas y constantemente recibe reclamos debido a su falta de empatía. Evita las relaciones de pareja dando un nombre y teléfono falsos, descartando fácilmente a posibles pretendientes y colocando una barrera.

***Identidad Sexual.*** En un primer momento se muestra desinteresado por definir una posición y orientación sexual definida. No manifestaba problema alguno con que sus conocidos le nombraran homosexual o bisexual, no parecía de su interés definirse dentro de uno de éstos criterios. En un momento le surge la duda incluso de la posibilidad de que él terminara siendo heterosexual y poder formalizar una relación con una mujer. Su madre le coloca en ocasiones en una posición femenina, haciendo referentes a que él pudiera ser bueno en un trabajo considerado socialmente como femenino y que su cuerpo luciría bien en falda y tacones. Ya avanzado el trabajo “R” decide definirse en un interés sexual de tipo homosexual, buscando entonces tener una pareja de su mismo sexo.

***Rasgos de Carácter.*** Se muestra anestesiado en sus emociones, no hace referencia a sentimientos ni afectos. Se mantiene siempre tranquilo y risueño en las

sesiones, sin mostrar tristeza o llanto en ningún momento. Se muestra como alguien determinado que tiene ideas claras, pero que utiliza el discurso de los demás para definir su propia persona. No muestra deseos, aspiraciones ni intereses. No tiene preocupaciones ni dificultades que él considere importante. Refiere estar a gusto en su trabajo, a pesar de que no le gusta, debido a que recibe un buen salario.

**Recursos yoicos.** Se muestra como un sujeto con capacidad de análisis y la posibilidad de realizar asociaciones dentro de la terapia. Tiene una cualidad objetiva para centrar su atención y plantearse objetivos, se muestra receptivo y al mismo tiempo con una fortaleza subjetiva y autonomía. Cuenta con un buen auto concepto, una buena adaptación a la realidad, tolerancia a la frustración y control de impulsos. Manifiesta cierta capacidad sublimatoria a través del gusto por las artes.

**Mecanismos de Defensa.** El principal mecanismo de defensa que es utilizado por el paciente es la represión de los afectos, en un primer momento pareciera que carece de la capacidad empática y no manifiesta emociones fuertes, aún y cuando se encuentre en medio de una narración que pareciera que debería estar cargada de afecto. Se vale también de la negación y evitación al momento de toparse con confrontaciones. La evasión se manifiesta al momento de presentarse con ciertas problemáticas las cuales prefiere no afrontar o pasar por alto.

**Características del Superyó.** Se percibe la presencia del súper yó dentro de la triada estructural del sujeto, sin embargo, en un principio pareciera no tener mucha presencia. No fue sino hasta ya después de un año de avance de la terapia, que el sujeto reconoce haber sentido culpa en una serie de experiencias ya trabajadas con anterioridad, sentimiento que se expande hasta ciertos detalles de su personalidad.

### **3. CONSTRUCCIÓN DE CASO**

A lo largo del desarrollo del trabajo analítico surgen momentos singulares del paciente que, a pesar de ser particulares de su historia, reflejan en gran medida la teoría psicoanalítica que hasta en la actualidad se estudia. Tal es el caso que aquí se presenta y la teoría en la que se pretende ahondar; la de un trastorno narcisista manifiesta a través del complejo de la madre muerta. Si bien, se busca realizar una relación teórico-clínica, se reconoce también la necesidad de permitir un espacio a la subjetividad individual y particular del sujeto en cuestión, dejando de manifiesto la teoría entrelazada en una construcción de caso.

Se busca sustentar en ejemplos de la clínica, tomando como base el caso ya presentado en el historial clínico. Para esto, se hará un planteamiento del caso clínico analizado partiendo de categorías descriptivas que respondan a los objetivos del estudio. Los primeros dos puntos buscarán analizar la imagen que el sujeto a formado de sí mismo a partir de una madre que es percibida como muerta. Los siguientes dos apartados ayudarán a describir la identificación que manifiesta el sujeto con el deseo de su madre y como él mismo se coloca ante ese deseo. Finalmente, los últimos dos puntos servirán para analizar el papel de la homosexualidad como defensa ante esta madre.

#### **1. UN DIAGNÓSTICO DE MUERTE**

Green (1983) en su libro “Narcisismo de vida y narcisismo de muerte” aclara que no se trata de una muerte real de la madre; enfatiza que no habiendo una pérdida real del objeto, lo que sucede es que existe una depresión que se produce en presencia del objeto. La madre, por alguna razón, se ha deprimido y el factor desencadenante de ésta depresión puede variar. Menciona como causa principal la pérdida de un ser querido, o

bien, una decepción que inflige una herida narcisista. Lo que sucedería en todos los casos es que la tristeza de la madre y la disminución del interés por su hijo, pasa a un primer plano.

#### *Sesión #54*

*“Yo siento que mi abuela ha vivido una vida muy difícil. Mi abuela se casó muy joven, a los doce años, yo pienso que eran otras épocas pues seguía siendo muy chiquita y a los doce años se embarazó de mi mamá. Creo que para la edad tener un bebé es algo muy fuerte y también enviudó muy joven, para los dieciséis años ya había enviudado. Es pues allá en el rancho había muchos pleitos y a mi abuelo lo confundieron y le dispararon. Ya después llevaron el cuerpo a la casa, mi mamá dice que ella siempre lo recuerda como algo muy fuerte porque ella recibió el cuerpo y lo vio.”*

#### *Sesión #11*

*“Cuando mi mamá estaba embarazada de mi hermana, la que es mayor que yo, tuvo complicaciones. Se adelantó el parto casi un mes y tuvieron que llevarla al hospital. Cuando ella nació, los doctores le dijeron que estaba muy mal y no le daban más de 48 horas de vida, así que le dijeron que fuera preparándose para cuando llegara el momento. No sé bien qué tenía, algo en el corazón creo, no sé, pero tuvieron que hacerle una operación y después se quedó en observación toda la noche. Creo que la operación fue en la médula espinal, pero todos pensaban que no iba a sobrevivir. Pero al final si sobrevivió y ahorita mi hermana pues ya tiene 38 años, está casada y tiene a sus hijos, y pues no tiene ningún problema de salud.”*

Green (1983) considera que el caso más grave sería la muerte de un hijo en edad temprana y lo que se presenta en la historia de la madre de “R” es una muerte de un padre a muy temprana edad y más adelante, un diagnóstico de una vida no mayor a 48 horas para su tercera hija. Los doctores le dijeron que su hija moriría, por lo que ella pasó las primeras horas, días o quizá un tiempo prolongado a la espera de que su hija pudiera fallecer en cualquier momento. Atravesó un período de duelo no concluido y un par de años después, vino un nuevo embarazo. Se muestra claramente cómo la imagen de la muerte tiene un papel importante dentro de su historia personal y familiar, por lo que funge de modo inevitable como marca en su historia y su subjetividad.

## **2. ALGUIEN QUE NO ESTÁ SUPUESTO A NACER, NO DEBERÍA VIVIR.**

Al manifestarse el complejo de la madre muerta, la identificación con ella traerá como consecuencia la incapacidad para amar y posteriormente dejará al yo en una identificación con el agujero dejado por la desinvertidura, y no con el objeto. Green menciona que el núcleo frío que queda es vivido por el sujeto como hielo y anestesia, por lo que los analizados se mostrarán fríos y en aparente carencia de emociones.

### *Sesión#2*

*“Yo pienso que todos los hijos al principio son rechazados de alguna manera. A lo mejor si hay alguno planeado y demás, pero siento que hay un momento en el que una mujer no quiere o incluso rechaza tener un hijo, y los hijos que son realmente deseados son muy pocos. Mi mamá me contó que antes de salir embarazada de mí, ella se estaba cuidando porque ya no quería tener más hijos, pero algo pasó que no funcionó.”*

### *Sesión #5*

*“Pues es que la verdad mi mamá me quería abortar cuando estaba embarazada de mí. Yo la escuchaba hablar con sus amigas, que ella le decía al doctor y a mi papá que quería tener un aborto. Si la llegué a escuchar varias veces, no recuerdo exactamente qué es lo que decía, pero sí que le contaba a ellas sobre que quería un aborto... Yo siempre he estado a favor de la eutanasia y el derecho a las mujeres al aborto. Pienso que si alguien no está supuesto a nacer, no debería nacer.*

*Tx.- ¿Eso te incluye a ti?*

*Px.- Si, yo no debería haber nacido.”*

Es claro como la imagen de la muerte queda impregnada en la subjetividad de este sujeto, marcando un punto decisivo del que se pudiera sostener y a partir de ahí buscar un fin. El objetivo que el sujeto estaría buscando, menciona Green, se basaría en reanimar a la madre muerta, interesarla, distraerla, devolverle el gusto por la vida, hacerla reír y sonreír. Es de éste modo que surge la importancia del actuar del analista, procurando no repetir en transferencia la imagen de una madre fría y enmudecida.

### **3. EL DESEO DE MI MADRE**

En una fase posterior a esta identificación del hijo con la madre en estado depresivo, ha vivenciado la pérdida del amor de la madre e incluso una amenaza de perderla; luchando con la angustia, el sujeto pondrá en práctica una serie de defensas. Green menciona como un mecanismo de defensa del narcisismo “la desinvertidura del

objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta”. Explica que constituye un asesinato psíquico del objeto y su resultado es la constitución de un agujero en la trama de las relaciones de objeto con la madre. La actitud de la madre hacia el hijo se modifica, se siente impotente para amarlo. Con ésta desinvestidura deviene una identificación con el objeto que permite reestablecer una reunión con la madre en una especie de mimetismo: como ya no se puede tener al objeto, el objetivo es seguir poseyéndolo deviniendo él mismo, no como él.

#### *Sesión #50*

*“... Mis amigos me dicen que soy muy maternal, que siempre me estoy preocupando y los estoy cuidando. Aunque ellos no conocen a mi mamá, porque nunca he querido que la conozcan y siempre me reclaman, pero me dicen que de seguro me parezco a ella o soy como ella...”*

*“...Ahora que no tengo trabajo y pues me estoy viendo corto de dinero, me quedé pensando en que me he gastado todo el dinero que ganaba y pues no lo sé, quizá se me fue en las fiestas y en los viajes que tuve. Mis amigos siempre me insistían que por qué no me compraba un carro, pero pues siempre fue algo que no era de mi interés y cuando ya tuve la intención o la idea de comprarlo ya no me fue posible. Pero yo prefiero gastar mi dinero en viajes y en conocer lugares que en cosas. Algunos se quedan como atorados en el viaje y se la pasan hablando del lugar que conocieron y yo no. Yo fui a Europa y sí estuvo muy padre, muy bonito, y pues ya. Algunas personas ocupan su dinero en cosas, como*

*por ejemplo tengo un amigo que tiene colección de perfumes y pues a él le gustan mucho los perfumes, pero a mí no.*

*Tx.- Si tuvieras todo el tiempo y el dinero para hacer lo que quisieras, ¿Qué harías?*

*Px.- ... Pues, lo primero que se me venía a la mente era mi mamá. En tenerla tranquila a ella y arreglarle todo para que ella estuviera a gusto.”*

Sumado a que previamente ya se había hecho mención de que “R” se coloca en el plano de los muertos junto con su madre muerta, viene a relucir ésta idea en él, en la que ya habiendo mencionado antes que carece de deseos propios, lo que resulta es que su deseo primordial consistiría en cubrir los deseos de su madre. Es en éstas características dónde él refiere parecerse a su madre y tomar en cuenta todo el tiempo el deseo de su madre, dónde deja entrever ésta identificación con ella. Es así como da cuenta de la identificación tan grande que manifiesta con su madre, dónde su único interés y prioridad, es la tranquilidad de su madre.

#### **4. FALDA Y TACONES**

Green (1983) enfatiza la angustia de castración incluyéndola en una serie en dónde aparece también la angustia de la pérdida de amor del objeto, la angustia ante la amenaza de la pérdida del objeto, la angustia ante el súper yó y la angustia ante la pérdida de la protección del súper yó. A partir de su teoría, Green afirma que la trayectoria del sujeto se asemeja a una caza en procura de un objeto inintroyectable, sin posibilidad de renunciar a él o de perderlo, pero sin más posibilidad de aceptar su



introyección en el yo investido por la madre muerta. Los objetos del sujeto permanecen siempre al límite del yo, puesto que el lugar está ya ocupado en el centro por la madre muerta.

### *Sesión #13*

*“No entiendo a mi mamá porque pues ella es muy religiosa y nunca ha estado de acuerdo con mi orientación sexual. De hecho, siempre dice que todo es la culpa, me echa la culpa de las cosas que pasan en la familia, dice que el accidente de mi hermano fue un castigo de Dios debido a ‘mi condición’. Yo le pregunté a qué se refería con eso de mi condición, pero sólo me dijo que eran los amigos que yo tenía y como era. Pero no la comprendo, una vez ella se me quedó viendo y me dijo que mis piernas se verían bien en falda y tacones; yo le pregunté por qué me decía eso y me dijo que mis piernas tenían forma como para falda y tacones... Una vez también me dijo que yo debí estudiar para ser estilista, no entendí, se me hizo muy raro, no creo que me gustaría ser estilista.”*

### *Sesión #49*

*“Yo a veces pienso que mi mamá antes era más relajada en esas cosas de ser homosexual. Creo que mi hermano influyó mucho para que ella no aceptara el hecho de que yo me fuera a vivir con mi pareja, porque él fue el que buscó a mi mamá para decirle que no estaba bien que viviéramos juntos y que durmiéramos en la misma cama. Antes de eso, yo recuerdo que tenemos una prima que estaba casada y se divorció. Después de tiempo ella se consiguió una pareja pero era mujer, y aunque muchos no estaban de acuerdo, mi mamá le*

*decía que no se preocupara, que si era lo que ella quería estaba bien y que no le debía importar lo que dijeran los demás. Ya después como que no le gustó mucho la idea y, aunque hablamos bien al respecto, yo sé que le molestó que yo me fuera a vivir con él.”*

Se hace claro la angustia que se genera en “R” por intentar comprender cuál es el deseo de su madre. Las constantes contradicciones que ella le manifiesta, le llevan a la angustia de no poder introyectar al objeto, no poder colmar su deseo y, como explica Green, no poder recibir la protección del objeto, pero a la vez, no poder renunciar a él. Esto deja al sujeto en dentro de una confusión y sin escapatoria. La identificación con la madre se vuelve complicada y confusa en tanto que las manifestaciones de su madre apuntan a reclamos acerca de su orientación sexual, a la vez que fomenta la idea de que él se vea involucrado en actividades con orientación mayormente femenina.

## **5. ¿Y SI NO SOY (HOMOSEXUAL)?**

Continuando con Green (1983) en la línea de la madre muerta, dónde considera que surge algo de la transferencia y en los inicios del análisis los síntomas de los que se queja no son de tipo depresivo, si no que reflejan el fracaso de una vida afectiva amorosa o profesional, que es la base de los conflictos más o menos agudos con los objetos próximos. Aflora en el paciente un sentimiento de impotencia para salir de una situación de conflicto, impotencia para amar, para sacar partido de las propias capacidades, para aumentar sus conquistas, o bien, cuando éstas se consiguen, emerge una insatisfacción profunda con el resultado.

## Sesión #2

*“... Me quedé pensando en esto de mi orientación sexual, en que todavía hablo de tener una pareja hombre o mujer y pienso en, ¿Qué pasaría y si no? Pienso que a lo mejor también resulté así por miedo al rechazo. No sé, por miedo a que me dijeran que no o no sé; y luego pienso, ¿y si al final resulta que siempre no? Siento que si también sigo sin definir mis relaciones como una ‘pareja’ o les digo como ‘amigos’ porque no se bien cómo se define una relación. La persona que me entrevistó me dijo que lo que yo recordaba de mis relaciones de pareja eran cosas de amigos, pero que de lo demás que debía haber dentro de una relación de pareja no había nada. Yo separo mucho eso y de las personas con las que he tenido sexo me alejo...”*

*... A mis 23 años tuve una segunda relación de pareja, era un hombre, pero él se molestaba mucho porque me exigía un lugar y un nombre que yo no le daba. Quería algo especial que lo separara del lugar de un amigo, sentía que yo lo trataba igual que a todos y terminamos por que el sintió que no tenía un lugar especial conmigo. Él se molestaba porque veía que yo a mis amigos les hablaba de ‘amor’ y a él no, pero es que yo así hablo con mis amigos.”*

## Sesión #8

*“... Yo si quisiera tener una pareja y casarme, pero pues he tenido pocas relaciones y hace ya mucho tiempo que no estoy con alguien. Es que siempre que alguien me invita a salir le encuentro un detalle que no me gusta y ya no me*

*convence, o alguien me gusta a mí, pero siempre sale algo y luego pienso que mejor ya no...”*

Uno de los motivos a los que “R” le brinda gran importancia en su análisis, es su posición ante las relaciones de pareja. Le queda claro que no logra definir qué es lo que quiere, en principio no mostraba un interés en definir una orientación heterosexual, homosexual o bisexual; simplemente dejaba que sus amigos le nombraran como prefirieran. Una queja constante de las tres personas con las que él puede considerar que tuvo una relación de pareja, es la falta de una demostración de afecto real de su parte y una necesidad de sentirse nombrados y colocados en una posición amorosa por parte de “R”. En un punto posterior, al ser confrontado, termina por definirse dentro de la orientación homosexual, planteando que al buscar una pareja pensaría buscar a alguien del sexo masculino.

## **6. NOMBRE Y TELÉFONO FALSOS**

Plantea Green (1983) que la excitación autoerótica quedaría instalada por la búsqueda de placer sensual puro, sin ternura, y caracterizada por una retinencia en amar al objeto; es el fundamento de las identificaciones futuras. Se ve manifestada una disociación precoz entre el cuerpo y la psique, así como entre sensualidad y ternura, y se encuentra que existe un bloqueo del amor. El objeto es buscado por su capacidad para desencadenar el goce aislado de una zona erógena o varias, sin confluencia en un goce compartido por dos objetos más o menos totalizados.

### *Sesión #3*

*“A los 17 años tuve una novia a quién yo le tenía mucha confianza y empezamos a salir. Bueno de hecho al principio nos odiábamos y un día nos estábamos peleando y de repente nos besamos, y comenzamos a salir. Ella me pedía que fuéramos algo, yo le decía que si quería que fuéramos novios, podíamos serlo, pero ella quería que yo lo quisiera. Empezamos a experimentar con parejas sexuales, tanto hombres como mujeres. En una ocasión el hombre con el que estábamos como que me empezó a prestar más atención a mí que a ella, y yo sólo pensé ‘¿Por qué no?’ y así empecé a estar con hombres. Yo si llegué a pensar que ella era una mujer con quien podía estar, alguien con quien me podría casar, pero luego ella resultó embarazada de alguien más y se casó. Después yo seguí teniendo una vida sexual activa y salía con éste chavo. Cuando estaba con alguien le daba un nombre y un teléfono falso, y pues ya nunca volvía a saber de ellos. Así es normalmente cuando salgo de fiesta, conozco a alguien pero nunca les digo mi nombre real, así nunca nos volvemos a ver.”*

Como se mencionó anteriormente, la identificación con la madre lleva al sujeto a una incapacidad para amar. Se muestra claramente desde la primera sesión, la forma particular de “R” de maneja sus relaciones personales. Sus parejas son siempre esporádicas, su objetivo es no volver a tener contacto alguno, por lo que deja entrevisto su proceso sexual como una búsqueda de placer puro sin requerir o desear una carga afectiva. Sus relaciones objetales se ven confusas y entorpecidas, su objetivo se convierte en no mantener relación alguna. Se coloca siempre en una posición defensiva dónde el otro no será capaz de reconocerle ni de volverle a buscar en otro momento.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

#### 5.1 Síntesis de la Intervención Clínica

Es de este modo que se manifiestan los rasgos narcisistas de “R”, quien en un inicio llegó mostrándose frío, falta de empatía, falta de intereses y deseos personales, en ocasiones se mostraba egoísta, con buenas amistades pero con grandes dificultades en cuanto a sus relaciones de pareja. Se refleja en gran medida la importancia del papel de su madre, madre que no deseaba que él viviera y que a su vez se mostraba ausente y fría. Es por medio de la homosexualidad que se vislumbra la posibilidad de una separación de ésta madre, que aparece aún muy unida al sujeto pero que él busca la oportunidad para separar. Se abre entonces el camino a desear (aunque en un principio no reconociera como deseo propio) a otro que fuera del mismo sexo, que no fuera como la madre y que le reconociera de modo distinto.

Inicialmente el trabajo se orientó al reconocimiento de las emociones en los otros, que el paciente tomara conciencia de que sus acciones repercutían en las demás personas y en sus emociones. Habiendo reconocido esto, comenzó a abrirse la percepción hacia el reconocer sus propias emociones. Comenzó a verse reflejado en obras de teatro y películas; empezó a reconocer una emoción a la vez, sesión tras sesión, hablando sobre la muerte, sobre la culpa, el enojo, la tristeza. Esto dio pie a que comenzara a hablar de los deseos, de igual manera, reconociendo primero los deseos de los demás, para posteriormente cuestionarse los deseos propios.

Este proceso de autoreconocimiento, donde se movió poco a poco a reconocerse como un yo vivo, le llevo a realizar movimientos en su vida. La pregunta que le había llevado a análisis fue el no tener deseos e intereses propios. Un año más tarde comenzó a planear vivir solo, pensar en la posibilidad de comprar un carro y renunció a su trabajo debido a conflictos con su jefe (jefe a quien constantemente había comparado con su madre). Es entonces que comienzan a verse cambios en el sujeto, deseos y el inicio de un movimiento de cambio de posición referente a su madre y a la muerte.

## **5.2 Discusión y Conclusiones personales**

Es importante reconocer que el trabajo realizado con el paciente ha transitado un camino favorable y con cambios perceptibles. Si bien, la teoría no llego a afianzarse si no hasta después de un avance posterior en el análisis, se logró entrelazar con el trabajo que se había estado haciendo, reafirmando el curso que estaba llevando el análisis. Es quizá un punto favorable al análisis, el interés que el sujeto presentaba previamente al estudio de la psicología y en particular del psicoanálisis, lo que favoreció el inicio del trabajo analítico.

Lo que realmente el paciente vino a presentar en su primera entrevista fue el núcleo de su problemática narcisista, el cual ya había descifrado él mismo. No es hasta un par de entrevistas posteriores que surge la idea originaria de la problemática, que da razón a su posición. Estando aun no muy avanzado en el proceso, surge en medio de la sesión una temática que para él no refleja vital importancia, pero que daría raíz al trabajo analítico: el deseo de aborto de su madre. Es entonces que surgiría el anclaje para la raíz del presente estudio de caso.

Es importante reconocer el papel que juega la imagen del analista dentro del trabajo analítico del complejo de la madre muerta. Al hablar sobre el trabajo en el análisis Green enfatiza que el discurso narcisista induce una contratransferencia que depende de la forma exclusiva, inclusiva o replicativa que cobra dentro de la transferencia. Menciona que al discurso de exclusión del objeto, el analista responde con un sentimiento de aislamiento: separado de sus afectos, de su cuerpo, puede reaccionar con agresividad, aburrimiento y hasta la acción del dormirse. Con esto estaría repitiendo el rehusamiento de los cuidados maternos o la distancia glacial de un padre inaccesible.

Con este sujeto la historia no es diferente, su madre es descrita como alguien muerta, sin deseos, sumida en la rutina, y su padre se encuentra viviendo en otro país desde hace más de 10 años. Sin embargo, existe la creencia de que el trabajo realizado por parte de la analista no se vio sumergido dentro de tal dinámica de contratransferencial. No se presentaron dichas características, e incluso podría pensarse en lo contrario. Existía un interés y una atracción hacia al caso, impulsado por la duda de una situación y estructura no analizadas o estudiadas previamente.

El paciente se olvidaba del nombre del analista, a lo que la respuesta era una afirmación de que el nombre "R" era recordado y que una ausencia suya era notoria. En cierto momento "R" expresa angustia por haber alcanzado identificar emociones despertadas en la figura del analista, tales emociones no fueron negadas, sin embargo se aclaró que las únicas emociones que tenían lugar dentro de ese análisis, eran las de él mismo. Mantener una regla de abstinencia demasiado rígida podría llevar a un transcurso transferencial al servicio de la repetición. Existiría el riesgo de caer en una



reproducción fría, inmóvil y casi muerta de la madre, por lo que la postura popularmente pensada de un analista distante y sin muchas intervenciones no sería muy útil en casos como este.

Parte importante que se puede atribuir a los avances del caso, es la idea constante de un sujeto vivo y percibido como vivo. Que si bien no existe espacio para un sujeto del analista, se permite la formación quizá ilusoria de un sujeto vivo que escucha y observa a otro ser vivo. El recordatorio constante al sujeto de que es alguien percibido como vivo, que su discurso está siendo registrado dentro de una escucha de otro también vivo y que una ausencia a una sesión también sería motivo de análisis, sirvieron como constantes movimientos a la idea de la muerte y su identificación con ella.

Es innegable que el papel de la teoría de André Green en la construcción de éste caso es muy favorable, dejando entrever las variaciones que pueden presentarse dentro de la misma. Es posible llevar un mejor abordaje del trabajo analítico a partir de la teoría que se revisa y que no sólo brinda herramientas para continuar con la investigación, sino que también para plantear una idea del trabajo a seguir dentro de un consultorio. Se trata de poder concretar un estudio de investigación, sin embargo, se espera continuar un trabajo paralelo a la teoría dejando que sea el mismo paciente quien dicte el curso de su análisis.

## BIBLIOGRAFÍA

André, S. (1993). *La impostura perversa*. Barcelona: Paidós.

Berenguer, E. (s.f.). *El reto de la perversión*. Ornicar? Digital. Recuperado de:

<http://wapol.org/ornicar/articles/bre0122.htm>

Bondi, O. (s.f.). *La investigación psicoanalítica. Psicoanálisis – ciencias de la subjetividad*. Recuperado de:

[http://psicoanalisis.com.ar/investigaciones/inv\\_psi\\_caso\\_unico.htm](http://psicoanalisis.com.ar/investigaciones/inv_psi_caso_unico.htm)

Freud, A. (2012). *El yo y los mecanismos de Defensa* (Y. P. de Cárcamo y C.E. de Cárcamo, Trans.). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1961)

Deutsch, H. (1934). *Sobre un tipo de Pseudo-afectividad ("como si")*. Revista Internacional de Psicoanálisis, 20 (1934).

Dör, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Etchegoyen, H. (1896). *Los fundamentos de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Obras Completas, Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freus, S. (1908). *Teorías sexuales infantiles*. Obras Completas, Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1913 [1912]). *Tótem y tabú. Algunas concordancias de la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, TomoX IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932). *33º Conferencia: La feminidad*. Obras Completas, Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, M. (Marzo 2014). *Del sufrimiento que el psicoanálisis alivia y las satisfacciones que posibilita*. Psicoanálisis ayer y hoy, (10). Recuperado de: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/del-sufrimiento-que-el-psicoanalisis-alivia-y-las-satisfacciones-que-posibilita-mabel-fuentes/>
- Gallo, H. y Elkin, M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Argentina: Grama.
- Green, A. (1983). *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*. Argentina: Amorrortu.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1967). *Seminario 14, La lógica del fantasma*. Clase 5. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Lombardi, G. (2002). *Nota sobre los diagnósticos difíciles en psicoanálisis*. En Vestigios clínicos de lo real en el hombre de los lobos. Buenos Aires: JVE.
- Maldavski, D (s. f.). *Caso por caso: apuntes sobre la estrategia freudiana de investigación clínica*. Psicoanálisis – ciencias de la subjetividad. Recuperado de: [http://psicoanalisis.com.ar/investigaciones/caso\\_por\\_caso.htm](http://psicoanalisis.com.ar/investigaciones/caso_por_caso.htm)
- Mejía, M. (1998). *Feminidad, padre y Superyó*. Revista Affectio Societatis, 1 (2).  
Recuperado de:  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/5433/4786>
- Morel, G (2012). *La ley de la madre: Ensayo sobre el sinthome sexual*. Chile: FCE.
- Ramírez, M. (2004). La investigación clínica en psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis*, 4 (7). Pp. 1-12. Recuperado de:  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/5371/4723>
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del Vacío: anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis, 2003.
- Sachs, H. (1923). *Sobre la génesis de las perversiones*. Imago: Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología, 5, 14-22.
- Rosenfeld, H. (1964). *Sobre la psicopatología del narcisismo, una aproximación clínica en estados psicóticos*. Maresfield Reprints, Londres (1965).
- Sladogna, A. (Agosto 2006). *La muerte en los tiempos de la postmodernidad*. Revista Digital Universitaria, 7 (8). Recuperado de:  
[http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art61/ago\\_art61.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art61/ago_art61.pdf)
- Sodré, I. (Enero 2013). *¿Quién es quién? Apuntes sobre identificaciones patológicas*. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, (3). Recuperado de:  
<http://www.temasdepsicoanalisis.org/%C2%BFquien-es-quien-apuntes-sobre-las-identificaciones-patologicas-1/>