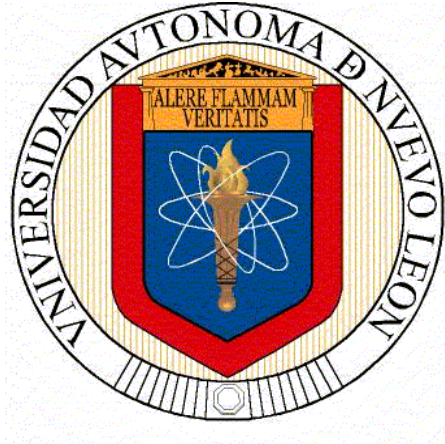


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**MEMORIAS DE UN AMOR: LA RESIGNIFICACIÓN DE LA SEPARACIÓN
DE LOS PADRES EN UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA**

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

PRESENTA

LIC. ROSARIO JANETTE MARISCAL VÁZQUEZ

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

NOVIEMBRE, 2016



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



**MEMORIAS DE UN AMOR: LA RESIGNIFICACIÓN DE LA SEPARACIÓN
DE LOS PADRES EN UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA**

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

PRESENTA

LIC. ROSARIO JANETTE MARISCAL VÁZQUEZ

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

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

NOVIEMBRE, 2016



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



**MEMORIAS DE UN AMOR: LA RESIGNIFICACIÓN DE LA SEPARACIÓN
DE LOS PADRES EN UN CASO DE NEUROSIS OBSESIVA**

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

PRESENTA

LIC. ROSARIO JANETTE MARISCAL VÁZQUEZ

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

REVISORA DE TESIS

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES
DRA. LETICIA ANGER ELIZONDO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

NOVIEMBRE, 2016

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

A mis maestros

A mi Directora de Tesis

A mis Revisoras

A mi Coordinador de la Maestría

Y a todas las personas que estuvieron apoyándome durante todo el proceso....

GRACIAS!

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio de caso clínico será analizar la estructuración intersubjetiva y la figura de los padres en un caso de neurosis obsesiva. La neurosis obsesiva es una patología que demanda su estudio caso por caso. El presente trabajo es lo que aborda. El estudio de un caso de neurosis obsesiva en el que se revisará la sintomatología del paciente a partir de una problemática vívida en su infancia que está relacionada con sus padres. Podrá observarse como es que un hecho sucedido en el presente en relación a una ruptura amorosa reactiva en él las sensaciones y preocupaciones que tenía cuando era un niño de ocho años de edad.

El desarrollo de la construcción del presente caso clínico refleja un trabajo estudiado y analizado que da cuenta de una evolución psíquica en el sujeto que le permite moverse de lugar en diversos aspectos de su vida.

CAPÍTULO I.....	8
INTRODUCCIÓN	8
1.1 ANTECEDENTES.....	9
1.2 OBJETIVO GENERAL:	15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 SUPUESTOS	15
1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	15
1.6 JUSTIFICACION	17
CAPÍTULO II	20
FUNDAMENTACION TEORICA	20
2.1 EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.....	20
2.2 REGRESIÓN EN LAS OBSESIONES.	24
2.3 LOS SÍNTOMAS APARENTES	26
2.4 MECANISMOS DE DEFENSA EN LA NEUROSIS OBSESIVA.....	28
2.5 LA PROBLEMÁTICA OBSESIVA Y RELACIONES DE OBJETO.....	29
2.6 LA LEY DEL PADRE Y SUS EFECTOS ESTRUCTURANTES EN EL OBSESIVO.	31
2.7 RELACIÓN CON LA MADRE.....	33
2.8 RASGOS DE LA ESTRUCTURA OBSESIVA	34
CAPÍTULO III.....	38
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	38
3.1 MÉTODO.....	38
3.2 DISPOSITIVO ANALÍTICO. (Invariables del método).....	41
3.3 ENCUADRE PSICOANALÍTICO. (Variables instrumentales en relación al presente Estudio de Caso).	42
3.4 PROCESO ANALÍTICO. (Producto del dispositivo y encuadre).....	43
3.5 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	45
3.6 INSTRUMENTOS PARA RECARAR INFORMACIÓN.	46
3.7 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN.....	46
CAPÍTULO IV	48
CASO CLÍNICO.....	48

4.1 HISTORIAL CLÍNICO.....	48
4.2 ESÚMEN GENERAL DE CASO CLÍNICO.....	48
4.2.1 MOTIVO DE CONSULTA	54
4.2.2 DEMANDA DE ANÁLISIS.....	54
4.2.3 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL	54
4.2.4 MPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	55
4.3 ESTRUCTURA SUBJETIVA.....	56
4.3.1 CONTEXTO FAMILIAR.....	57
4.3.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS.....	58
4.3.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA	59
4.3.4 EVENTOS TRAUMÁTICOS.....	61
4.3.5 PERFIL SUBJETIVO.....	62
4.4 CONSTRUCCIÓN DEL CASO.....	65
4.4.1 “PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR LOS PADRES, AMBVIBALENCIA ENTRE AMOR Y ODIO”.	68
4.4.2 “NO ME GUSTA EL QUE SOY. QUIERO SER EL DE ANTES”.	69
4.4.3 “ME QUEDO EN BLANCO Y NO TENGO TEMA DE CONVERSACIÓN”.	71
4.4.4 “SUPLENCIA DEL PADRE. EL PASAJE DEL SER AL TENER”.	73
4.4.5 “NO PUEDO ACERCARME A PAPÁ, NO SIENTO UNA CONEXIÓN CON ÉL”	74
5. DISCUSIONES	76
5.1 CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA	80

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En el primer apartado se revisarán los antecedentes de la patología, daremos un recorrido por lo que desde los inicios de su estudio se ha propuesto. Enseguida se revisarán el objetivo general y los objetivos específicos del estudio de caso. Después se encuentran los supuestos a manera de hipótesis, mismas que pretenden ser comprobadas a lo largo del presente trabajo.

En el capítulo dos se encuentra la fundamentación teórica de la problemática, desarrollando en el capítulo tres la metodología y los procedimientos implementados al momento de llevar el caso. Finalmente en el capítulo cuatro se detalla el caso clínico como tal, se revisan las demandas que el paciente presentó en un primer momento, las relaciones de objeto que mantiene y mantuvo a la largo de su análisis y cómo es que a través del proceso analítico se fueron modificando. Esto se podrá revisar en la construcción del caso y las categorías.

1.1 ANTECEDENTES.

En francés, la palabra “obsesión” perteneció originalmente al discurso religioso sobre la posesión. Etimológicamente proviene del latín “obsideo”, que significa “ocupar un lugar” y apareció en la psiquiatría francesa, a principios del siglo XIX, para designar una idea o imagen que se impone a lamente de manera incoercible e inexpugnable.

En el año 1894, Freud describe dos grandes grupos de neurosis: las Neurosis actuales y las Psiconeurosis. El primer grupo, constituido por la neurastenia y la neurosis de angustia, lo conformaban aquellas afecciones cuyos síntomas eran el resultado de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual actual. El segundo, conformado por la histeria y la neurosis obsesiva, eran afecciones cuya sintomatología era expresión simbólica de conflictos infantiles.

Ya en 1893, había descrito junto a Breuer sus consideraciones acerca de los fenómenos histéricos, descripción que daba por tierra a las antiguas teorías etiológicas de la época que la consideraban producto de un proceso degenerativo del sistema nervioso. Su hipótesis se basaba en la consideración de una escisión repentina de la conciencia en una segunda conciencia en el cual el yo del sujeto permanecía vulnerable al suceso traumático. A este tipo de histeria la llamó, histeria hipnoide. En ese mismo año aporta dos formas más de histeria a las que denomina histeria de retención e histeria de defensa. La primera la conforman aquellos casos en que se “intercepta la reacción frente al estímulo traumático” (y que luego serán tramitados por abreacción). La segunda la

conforman aquellos cuadros que se anudan con las fobias y las representaciones obsesivas.

Tanto en los casos de histeria como en los de representaciones obsesivas, dice, son pacientes que gozaron de salud psíquica hasta el momento en que su yo se vio enfrentado con un afecto penoso, inconciliable, que la persona “decidió” olvidarlo mediante un trabajo de pensamiento. El yo debe entonces arrancarle el afecto que sobre dicha representación gravita; de esa manera la segrega de toda asociación dentro de la conciencia; pero, dice, “la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo” (Freud, 1894). En la histeria, traspone a lo corporal la suma de excitación (conversión). En la neurosis obsesiva y las fobias el afecto liberado se adhiere a otras representaciones, en si no inconciliables, que en virtud de ese “falso enlace” devienen representaciones obsesivas”.

Una representación proveniente de la vida sexual será la que le otorgará el afecto penoso que luego estará endosado a la representación obsesiva (aunque, dice en esa época, este origen no es exclusivo). El afecto entonces permanece sin cambio, sin disminución, sólo la representación inconciliable ha sido excluida del recordar. A este cambio de representación del afecto lo llama, en ese entonces, “mecanismo de transporte”.

Hasta esa época obsesiones y fobias conformaban un solo grupo dentro de las psiconeurosis, y en ese mismo año Freud (1895) se ocupará de diferenciarlas. Dirá que ambas coinciden en su sintomatología en el hecho de hacerse obsesiva una representación. Que esto acontecía por un enlace con un afecto disponible que era

transpuesto sobre otra representación (lo que más tarde llamará desplazamiento). Pero a las obsesiones le adscribe dos características de las que carecen las fobias: 1) una idea que se le impone al enfermo; y 2) un estado emotivo asociado que puede ser la ansiedad, la duda, el remordimiento, la cólera, etc. En las fobias, en cambio, el afecto es siempre la angustia. De este modo las separa de las neurosis obsesivas, las sitúa dentro de las neurosis de angustia y no les adjudica mecanismo de sustitución alguno en la medida en que el afecto no procede de una representación reprimida.

Así fue como la neurosis obsesiva pasó a constituir una entidad nosológica autónoma e independiente, admitida universalmente. En 1896, dividirá a las obsesiones en dos grupos: 1) Aquel en los cuales se establece una transposición (desplazamiento) del afecto sobre otra representación y 2) Aquel en los cuales la idea original está reemplazada por actos. Son aquellos actos que en su origen sirvieron como alivio o como procedimientos protectores y ahora se encuentran en una asociación grotesca con un estado emotivo que no concuerda con ellos. Así habla de la obsesión aritmomaníaca (necesidad de contar), de la obsesión especulativa (manía de cavilación), de la manía de duda, de la misofobia (temor a suciedad), etc.

En 1912 (1912-13) Freud abordará el tema del totemismo y el tabú y establecerá una relación con la neurosis obsesiva. Propone llamar a la neurosis obsesiva, enfermedad de los tabúes aunque dice que la semejanza del tabú con la enfermedad obsesiva es sólo externa, sólo en la forma de manifestación, aunque no en su esencia. La concordancia más inmediata la establece a partir de la angustia que conlleva la violación de la imposición tabú y la obsesiva; angustia que muchas veces se manifiesta solamente con la

imprecisa sensación de que cierta persona de su alrededor sufra algún daño a raíz de dicha violación. Noticia de ese temor se obtiene a raíz de las acciones expiatorias y de defensa.

La prohibición de contacto (“*dèlire de toucher*”) es la prohibición rectora y nuclear de la neurosis así como del tabú. Dicha prohibición no sólo rige al tocar sino a todo lo que implique un entrar en contacto. Incluso el pensar, por su posible contacto de pensamiento con el objeto prohibido, está tan prohibido como el contacto corporal directo (no nos olvidemos que el pensar, adquiere en esta patología la cualidad de un acto sexual). La imposibilidad respecto de los objetos termina por invadir todo su mundo gracias a la desplazabilidad de la pulsión. De ese modo aquellas personas o cosas imposibles le aparecen al enfermo, en un intento de justificación lógica, como portadores de alguna enfermedad o infección que se contagiará por contacto.

El carácter de los mandamientos carentes de sentido, la obligación “interna” de llevarlo a cabo, la desplazabilidad y el peligro de contagio por lo prohibido, la ejecución de ceremoniales y mandamientos que provienen de prohibiciones y la actitud ambivalente hacia aquello sobre lo cual recae la prohibición son las principales concordancias entre el tabú y la neurosis obsesiva.

Respecto del último punto, la relación de ambivalencia, Freud dice que los reaseguramientos y autocastigos que se impone el enfermo frente al deseo de dañar el objeto son producto de un anhelo, escondido tras la prohibición, que está presente en lo inconsciente. Ese impulso inconsciente puede provenir de un origen totalmente diverso

al que se exterioriza y, gracias al mecanismo de desplazamiento, haberse “posado” sobre el mismo objeto de amor sobre el que ahora recae la prohibición.

La obsesión también aparece con los alienistas Pinel y Esquirol (1980) que relatan la sintomatología del sujeto obsesivo y la impotencia del mismo para entender el sentido de sus síntomas. La obsesión era conocida en Pinel como manías sin delirio. Pero para los dos Freud rescatará de la locura lo que Kraepelin refería como “*locura obsesiva*”. Cabe recordar que el delirio actuaba como posibilidad sintomática. Hoy sabemos que no puede marcar la diferencia entre neurosis y psicosis. “*Si toda psicosis es un delirio, no todo delirio es una psicosis*”.

La locura obsesiva a la que se refería Kraepelin(1905)era confundida con la melancolía por la culpabilidad y auto reproches, incluso con cierto sadismo fruto de su relación con el Otro. Mientras que la melancolía se identifica al otro al cual condena y ejecuta, consumando su propio asesinato o suicidio, el obsesivo se refiere a un goce del cual se castiga sin llegar a la acción. El obsesivo es culpable de algo que desconoce. El asesinato cometido en la fantasía. Según Otto Fenichel (2015) la piedra angular de la obsesión en la teoría Freudiana es la regresión al estadio sádico-anal. Desde un punto de vista metapsicológico, Freud busca la explicación de esta regresión en una desunión pulsional entre los componentes eróticos del inicio de la fase genital y las investiduras destructivas de la fase fálica. El yo y el superyó ocupan un lugar muy importante en la formación de los síntomas obsesivos.

Nasio (1990) Menciona que las tres neurosis clásicas pueden definirse según el modo particular que tiene el yo de defenderse. Existen tres maneras (definidas por él como “malas maneras”) de luchar contra el goce intolerable y, por consiguiente, tres modos distintos de vivir la propia neurosis. Sufrir neuróticamente de modo obsesivo es sufrir conscientemente en el pensamiento, o sea desplazar el goce inconsciente e intolerable hacia el sufrimiento del pensar. Por otro lado, Otto Kernberg define las obsesiones compulsivas como una constelación de conflicto anal que es llevado al plano edípico (Kernberg, 1999).

Finalmente, uno de los motivos por los cuales decidí desarrollar la presente temática a partir de mi estudio de caso clínico es por la dificultad que en un inicio me represento el abordarlo, el realizar intervenciones que permitieran al paciente ir más allá de lo racionalizado e intelectualizado por él. Durante los primeros meses el paciente se mostraba renuente a trabajar, esto era visible a la hora de realizar un señalamiento, el se mostraba hostil y sus respuestas siempre eran cerradas, con un “sí”, un “no” o un “no sé”. Lo anterior le implicaba el no mostrar sentimientos porque “no servía de nada” porque “él ya no quería sufrir y de nada le serviría regresarse al pasado”.

La contratransferencia se encontraba instalada casi de inmediato, por lo cual, fue para mí como especialista un punto de partida muy importante para indagar más sobre el caso y sobretodo ser paciente durante las sesiones, abrir más mi escucha, para de esta forma poder identificar los elementos necesarios que me permitieran señalar y confrontar en los momentos precisos. Comprender que es la subjetividad propia del paciente la que se

me muestra y reclamaba un lugar dónde ser comprendida, y por qué no decirlo, por ende ser estudiada.

1.2 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la estructuración intersubjetiva y la figura de los padres en un caso de neurosis obsesiva.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la estructuración del complejo de Edipo en un caso de neurosis obsesiva.
2. Analizar la resignificación de la separación de los padres y sus efectos estructurantes en un caso de neurosis obsesiva.
3. Analizar los rasgos estructurantes en la personalidad obsesiva.

1.4 SUPUESTOS

- La figura del padre edípico determina la constitución subjetiva de la neurosis obsesiva.
- La resignificación produce y reactiva la ligazón entre pasado y presente en la constitución de la subjetividad.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Limitaciones.

El caso que aquí se presentará tiene como limitaciones las siguientes:

El paciente muy comúnmente se muestra desesperado por obtener resultados rápidos. A planteado la opción de buscar hipnosis u otro tipo de terapia porque ya no puede perder más el tiempo.

El hecho de que sea un caso trabajado en una institución implica limitaciones del espacio en el que se desarrolla el análisis, sin embargo también son elementos que pueden ser trabajados en conjunto con el paciente a manera de revisar si esta situación sea algo que en él mueva cosas.

Delimitaciones.

Los alcances de la intervención clínica pueden llegar a ser muy positivos en la medida en la que se trabaje adecuadamente con el discurso del paciente. La eficacia de las intervenciones podrá ser vista en la medida en la que el paciente pueda moverse de lugar, se podrán observar los cambios en el discurso y en cosas nuevas que irá implementando a manera de darse cuenta que tiene los recursos suficientes para lograr sus propósitos de vida, en el sentido en que con lo que tenga pueda realizar lo que siempre ha querido. El paciente podrá poner en palabras su deseo, lo que piensa sobre él, sus fantasías y de esta forma se podrá trabajar para revisar las ideas del paciente y que él pueda visualizar los distintos panoramas que tiene a la hora que su angustia se hace presente.

1.6 JUSTIFICACION

Se eligió trabajar con el tema de la neurosis obsesiva, debido a las vicisitudes que esta patología presenta en los sujetos que la padecen y el reto que conlleva para el analista el poder identificar, ver y escuchar cómo se presentan los síntomas que le aquejan al paciente, tanto emocionales como físicos. Es muy interesante el dar cuenta como algunos síntomas se instalan en el cuerpo.

En la actualidad, dentro de la cultura mexicana cada vez existe más apertura en la aceptación de diversas formas de tratamiento para las enfermedades mentales o los malestares que aquejan al cuerpo humano sin causa orgánica.

Una práctica terapéutica que aquí nos compete es el psicoanálisis, fundado por el neurólogo austriaco Sigmund Freud alrededor de 1986, puede decirse que la cura en psicoanálisis consiste en propiciar y coadyuvar para la emergencia de una verdad por parte de los pacientes, verdad que puede ser puesta en palabras, pues lo que la constituye es precisamente la palabra; de tal forma, el tratamiento no consiste sólo en eliminar los síntomas; sino que, además el paciente debe reconocer sus deseos, decir aquello que quiere sin tener que recurrir de una forma caótica a la “enfermedad “ para excusarse, o al mito por el hecho de faltar elementos para completar su historia.

Así bien, podemos decir que a diferencia del síntoma histérico, que suele manifestarse de los modos más expresivos e histriónicos, el síntoma obsesivo tiene la característica de ser más moderado. Se concentra por lo general en el dominio psíquico y

fundamentalmente permanece como asunto privado del sujeto. Por lo tanto, las intervenciones que se lleven a cabo en un caso de neurosis obsesiva tendrán que ser señalamientos precisos y específicos, por medio de los cuales se pueda confrontar al paciente para devolverle lo que él ha puesto en la figura del analista, situación que muy seguramente repite en el afuera. Realizar un manejo adecuado de la transferencia para poder ubicar los momentos en los que el paciente refleja su forma de relacionarse con los demás y que él mismo pueda vivenciarlo y escucharse a la hora de señalárselo.

Los aportes que la intervención clínica en un caso de neurosis obsesiva arroja en el ámbito socio-cultural pueden ser, que una vez que el paciente logre elaborar los acontecimientos que le han resultado dolorosos o angustiantes, podrá sentirse más satisfecho consigo mismo, lo anterior por ende conlleva a que como ciudadano perteneciente a una sociedad se desarrolle de una manera más positiva y pueda hacer mejores contribuciones desde él. Que sus relaciones interpersonales mejoren en la medida en la que se resuelven sus conflictos.

En la producción del conocimiento, la neurosis obsesiva nos lleva a seguir estudiando el caso por caso como la clínica psicoanalítica nos lo demanda para de esta forma contribuir en la construcción del conocimiento que pueda servir de apoyo a los psicoterapeutas (psicoanalistas) que nos preceden, pero sobre todo para realizar con nuestros pacientes un trabajo profesional que les permita tener una mayor calidad de vida.

Nuestra escucha será pieza clave dentro de las sesiones de análisis que tengan nuestros pacientes. El hecho de que el paciente acuda con nosotros para ser y sentirse escuchado implica una relación que pueda ser recíproca de nuestra parte a la hora de intervenir, de estar, de acompañar y mostrar la empatía por lo que vive. Revisar en conjunto las expectativas que tiene sobre el tratamiento nos permitirá ubicar con mayor facilidad la demanda de análisis.

En el ámbito personal, los aportes que realizamos con nuestra intervención clínica se resumen a que uno como especialista debe posicionarse desde un lugar que nos permita tener una escucha libremente flotante como ya lo decía Freud, sin privilegiar en demasía un aspecto sobre el otro. En un lugar que nos permita explorar la relación que el paciente tiene con sus síntomas. Es muy grato, ser testigo de la evolución de los pacientes conforme hacemos un trabajo en conjunto para que pueda resolver lo que le aqueja desde hace tanto tiempo. El encontrar juntos los puntos decisivos para seguir una línea de trabajo que nos permita que el paciente tenga una productiva experiencia de análisis.

Tener una impresión diagnóstica a partir de las primeras entrevistas nos permitirá revisar si el paciente está listo para un análisis. Aunque quizá también esto último sea una cuestión de tiempo, de esperar a que el paciente lleve su proceso terapéutico a su ritmo, pero sin dejar pasar los momentos puntuales para señalar. Tener en todo momento esa atención flotante que nos permitirá darle un lugar sesión a sesión a todo lo que el paciente verbaliza y le aqueja.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Los desarrollos propuestos por Freud en *Inhibición, Síntoma y Angustia* son los más completos en lo referente a la formación de los síntomas en la neurosis obsesiva. Los síntomas de la neurosis obsesiva presentan dos formas distintas y opuestas. La forma negativa corresponde a las prohibiciones, las medidas de precaución y los castigos. Los síntomas del grupo positivo lo constituyen las satisfacciones sustitutivas, a menudo disimuladas bajo una forma simbólica. Aunque las prohibiciones son los síntomas más antiguos, en el curso de la enfermedad se impone la satisfacción, engañando a la defensa.

Freud precisa que la formación de síntoma triunfa si la prohibición logra mezclarse con la satisfacción. Para conseguir que la defensa se convierta en una satisfacción, el yo utiliza formas de relación muy artificiales, aprovechando una vez más su tendencia a la síntesis. “En los casos extremos, consigue el enfermo que la mayor parte de sus síntomas sumen a su significación primitiva la completamente contraria, manifestándose así, el poder de la ambivalencia, la cual desempeña un papel de extraordinaria importancia en la neurosis obsesiva” (Freud, 1926).

En el caso de El hombre de las ratas, publicado en 1909, Freud habla de los caracteres generales de los neuróticos obsesivos, refiriéndose a ellos como necesidades anímicas, ubicándolas en tres territorios: la realidad, la superstición y la muerte.

Respecto a la superstición, el neurótico obsesivo parece obstinarse en encontrar una explicación supersticiosa a las casualidades inexplicables de la vida cotidiana, creyendo en los sueños proféticos, los presagios, e incluso en las supercherías más comunes como el evitar pasar debajo de una escalera, o ser muy precavido los martes trece, etc. La duda es otra necesidad anímica común a los neuróticos obsesivos. Freud insiste en que en estos personajes existe una necesidad de inseguridad y de permanecer siempre en duda. Los temas preferidos para el ejercicio de esas dudas son la paternidad, la extensión de la vida, la vida después de la muerte y la memoria.

La superstición parece estar ligada a ciertas convicciones de omnipotencia, en estrecha relación con lo denominado por Freud como "primitiva manía infantil de grandeza". Un bello ejemplo es el siguiente: "Cuando fue por segunda vez a aquel balneario en el cual había encontrado antes un primer alivio a su dolencia, pidió la misma habitación que la primera vez había ocupado, y cuya situación había favorecido sus entrevistas con una de las enfermeras. Pero le dijeron que aquella habitación estaba ocupada por un anciano profesor, y ante aquella noticia que disminuía tan considerablemente sus esperanzas de alivio reaccionó con las palabras siguientes: "¡así lo parta un rayo!": Quince días después despertó con la sensación de tener cerca de sí un cadáver y al levantarse luego supo que el profesor había muerto, efectivamente fulminado por un rayo y que su

cadáver había sido traído a la habitación a la hora misma en que él había despertado" (Freud 1909).

En cuanto a la duda, la articulación está dada con la ambivalencia entre amor y odio. Freud insiste en que este tipo de vínculo entre el amor y el odio es uno de los caracteres más frecuentes en los obsesivos. La duda tiene entonces que ver con ese acontecer interior, donde la indecisión entre el amor y el odio es el conflicto fundamental, de lo que se duda es del tipo de pasión que el sujeto tiene por determinada persona, no se sabe si se ama o se odia; la duda se desplaza entonces a cosas aparentemente insignificantes.

En las estrategias de protección de las que hace gala el sujeto obsesivo para salvaguardarse, encontramos también indicios de duda, pues nunca se está completamente seguro de que se haya protegido lo suficiente. La protección no es del exterior sino del conflicto interior y de las consecuencias que este puede acarrear. La protección se torna entonces un esfuerzo permanente. El primer éxito del yo en su combate defensivo contra las tendencias libidinales es lograr una regresión de la organización genital de la fase fálica, hacia el estadio anterior sádico-anal, regresión que se obtiene "por un factor constitucional".

Al abordar el asunto de la duda en la neurosis obsesiva nos hemos involucrado ya en los interjuegos del fenómeno amoroso, el cual involucra necesariamente amor y odio, ambivalencia que no solamente presentan los neuróticos obsesivos, sino todo sujeto neurótico. La duda del amor se hace presente con una fuerza importante en la obsesión, tan es así que los actos obsesivos buscan eludir ese conflicto, deshacer la duda. Es

entonces cuando el pensamiento se va privilegiando, al mismo tiempo que los actos compulsivos, los vínculos con las personas pasan a un plano distante, pues de esa manera el sujeto se protege de los sentimientos ambivalentes que seguramente aparecerán en esas relaciones.

Freud señala claramente que esa relación con sus actos tiene un carácter animista que es necesario considerar: "el sujeto llega a realizar en esta forma de neurosis, actos amorosos; pero sólo con la ayuda de una nueva regresión, y no ya orientados hacia una persona, hacia el objeto de amor y odio, sino actos autoeróticos, como en la infancia" (Freud, 1981). Tenemos entonces un intento inconsciente de reducir los afectos e impulsar la práctica ideacional; se tejen frases, oraciones y actos repetitivos y ritualizados en busca de una reducción de esos afectos, de esas pasiones, obviamente sin hacerlos desaparecer. La ambivalencia pasional es fallidamente eludida con una trama de ideas que se levantan como protección ante la posibilidad de que el otro genere amor y odio.

Generalmente se habla de que el establecer un vínculo amoroso representa un "compromiso" y que "por el momento no se quiere tener ningún compromiso". El miedo al amor se torna entonces en angustia.

2.2 REGRESIÓN EN LAS OBSESIONES.

Tanto en la neurosis obsesiva como en la histeria, las tendencias libidinales están vinculadas al Complejo de Edipo, y según Freud, en la neurosis obsesiva aparece de forma más clara el papel del complejo de castración como motor de la defensa. La amenaza de castración provoca limitaciones que la enfermedad trata de evitar por medio de la formación de síntomas, que viene a expresar que el deseo hacia los objetos originarios se mantiene, por debajo de una forma disfrazada

Al comienzo del periodo de latencia, cuando desaparece el complejo de Edipo, asistimos a “la creación o consolidación del superyó y la constitución de los límites éticos y estéticos en el yo. Estos aspectos traspasan en la neurosis obsesiva la medida normal. A la disolución del complejo de Edipo se agrega la disminución regresiva de la libido, el superyó se hace extraordinariamente áspero y severo, y el yo desarrolla, obedeciéndole, intensas formaciones reactivas en forma de hipermoralidad, compasión y limpieza excesivas” (Freud, 1926). Lo que se reprime es la tentación de continuar practicando el onanismo precoz. Pero el onanismo reaparece bajo la forma de acciones compulsivas y logra acercarse a la satisfacción.

Los síntomas derivados de la lucha contra las tentaciones de la masturbación adquieren el carácter de una ceremonia. Aunque son los primeros productos de la neurosis, tienen ya los rasgos de lo que se manifestará más tarde en los casos graves; estos síntomas aparecen en los actos cotidianos (acostarse, levantarse, vestirse y andar), son gestos que

deben ejecutarse de forma automática; en cuanto aparecen, presentan una tendencia a la repetición y a la pérdida de tiempo.

Durante la pubertad, que es un periodo fundamental para la afección, la organización genital se renueva con más vigor, con ella el combate contra los deseos eróticos. Algunos de ellos se disfrazan bajo la forma de tendencias agresivas y destructivas, por efecto de la regresión. A causa de este camuflaje, y de la presencia de formaciones reactivas, la lucha contra la sexualidad puede continuar, esta vez desde el terreno de la moral. El yo se resiste, asombrado, contra los impulsos violentos.

Los síntomas, son defensas del yo contra el retorno de las representaciones reprimidas, y en la neurosis obsesiva aparecen siguiendo un desarrollo temporal específico. El primer momento corresponde a la inscripción traumática. Tras la descomposición de la experiencia y su olvido, se da en un segundo momento una fuerte reactivación de esta experiencia inicial y del afecto de reprobación, que determina una defensa exitosa. El síntoma primario de defensa corresponde a este segundo tiempo defensivo contra el retorno del trauma. Se expresa en forma de compromiso, en términos de escrupulosidad, o de remordimiento. El carácter se modifica y va a oponerse al síntoma.

El tercer momento, es el del retorno de lo reprimido, que constituye la verdadera obsesión, con la acción de aislamiento y la sustitución de una idea por otra. Se da un doble desplazamiento, el presente que sustituye al pasado, y lo no sexual que sustituye a lo sexual. El estado emotivo de displacer se mantiene.

El cuarto momento consiste en la creación de medidas protectoras o defensas secundarias, tales como las compulsiones, los rituales y las verificaciones. Estas defensas triunfan sobre la idea obsesiva, pero se convierten a su vez en obsesivas.

2.3 LOS SÍNTOMAS APARENTES

Desde un punto de vista fenomenológico y desde una perspectiva psiquiátrica clásica, se pueden dividir los síntomas aparentes en dos categorías: las obsesiones por una parte, y las conductas compulsivas y rituales por otra.

Las obsesiones, se definen por la entrada en el campo de la conciencia, de un pensamiento, de una imagen parasitaria que se impone al yo y evoluciona junto a él sin que éste la reconozca como suya. El sujeto lucha con ansiedad contra éste fenómeno que aparece en contra de su voluntad. Su carácter permanente, intenso y monopolizador, justifica que un pensamiento se califique de obsesivo, a diferencia de una manía. Esta última, no modifica la vida psíquica como tal, aunque puede perturbarla, mientras que el pensamiento obsesivo se sitúa en el centro de la vida mental.

Está centrado en "Inhibición, síntoma, y angustia" que los síntomas son satisfacciones substitutivas (Más allá del principio del placer). El obsesivo ejecuta un acto y busca su opuesto (aporta las dos versiones).

A pesar de esto, Freud no acaba de resolver todo el problema que representa la neurosis obsesiva. Lacan con su aportación de la figura del Otro, con la constitución del sujeto pasando por el Otro dará cuenta de un síntoma movido por el goce.

En los capítulos V y VI de “Inhibición, síntoma y angustia” Freud trata el tema de la semiología en la neurosis obsesiva. Clasifica tres grandes categorías: los impulsos, los actos y las representaciones. Los impulsos son actos infantiles que mantienen en vilo al sujeto: cometer grandes crímenes de los que huye horrorizado. Comenta detalladamente el tema de los mandamientos, de las medidas preventivas y las prohibiciones. Nos recuerda como “El hombre de las ratas” tenía miedo de que le pasara algo a su amada. Recordemos la piedra en el camino que le hace dudar.

Otra de las categorías se refiere a la procrastinación, la postergación del acto. Los impulsos son tentaciones. “El hombre de las ratas” tiene un impulso a cortarse el cuello con la navaja. Antes quería matar a la vieja, después el impulso se vuelve contra él. Podemos observar un suicidio indirecto cuando quiere adelgazar con esos largos y sudorosos paseos. Matar a Dick (su primo), es matar al gordo que hay en él. En cualquier caso cabe destacar que hay más tendencia a fantasear el acto que al acto en sí.

Las representaciones obsesivas son reproches transformados, producto de la transacción entre ideas reprimidas y represoras. Se refieren a actos sexuales ejecutados con placer.

Las ideas han sufrido una deformación:

“Si haces esto... le pasará aquello a... Si devuelves el dinero al teniente A le pasará algo a tu padre”.

Hay un fracaso de la representación como origen de la enfermedad: recuerdo de la vivencia infantil, reproches, regresión infantil, culpa, vergüenza..., retorno de lo reprimido.

2.4 MECANISMOS DE DEFENSA EN LA NEUROSIS OBSESIVA

En palabras de Freud el tipo de neurosis no depende de las pulsiones en sí mismas sino de la defensa. Tanto es así, que desde el punto de vista de las pulsiones, Freud termina por decir que las pulsiones objeto de la defensa están siempre vinculadas al goce incestuoso, siendo la defensa motivada por la angustia de castración. Éste es el corazón de la tesis freudiana que se manifestará explícita y definitivamente cuando en "Inhibición, síntoma y angustia" especifica la histeria por la represión y la obsesión por otras modalidades de la defensa.

Freud (1925) menciona que durante las luchas que desarrolla el yo ante las exigencias del superyó, se pueden observar dos actividades defensivas generadoras de síntomas, una la **Anulación retroactiva**, mecanismo mediante el cual el sujeto intenta hacer como si un acto o un pensamiento no hubiera ocurrido. Se sabe que la neurosis obsesiva multiplica las barreras, las protecciones contra la expresión de un deseo percibido como inaceptable. Debe destacarse sin embargo que, si la defensa protege al yo de la representación inaceptable (obscena, intolerable, etc.), también permite que el deseo subsista al abrigo de ese mecanismo complejo que ella ejecuta. Se trata de una compulsión de tipo «mágico» particularmente característica de la neurosis obsesiva.

La segunda actividad defensiva generadora de síntomas es el **Aislamiento**, según el diccionario de Laplanche, éste consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Entre los procedimientos de aislamiento podemos citar las pausas en el curso del pensamiento, fórmulas, rituales y, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un hiato en la sucesión temporal de pensamientos o de actos. Freud lo describe como una técnica especial de la Neurosis Obsesiva.

Estos dos mecanismos anteriores según Freud, son los más característicos de la neurosis obsesiva, junto con la represión y el desplazamiento, que son mecanismos más generales.

2.5 LA PROBLEMÁTICA OBSESIVA Y RELACIONES DE OBJETO

Lacan (1962) menciona que el obsesivo por lo general se defiende de su deseo y algo característico sería que llevado el deseo al extremo –a su realización absoluta- para el obsesivo implica la anulación del Otro. El obsesivo, cada vez que se enfrenta con el deseo también se enfrenta con esa posibilidad, por lo tanto se defiende de su deseo deseando un objeto prohibido o inhibiendo el deseo. De esta forma el deseo aparece como imposible. El goce intolerable se desplaza como alteración del pensamiento.

“La neurosis obsesiva se basa en conflictos sexuales infantiles que han sido reactivados, perturbaciones de un equilibrio hasta ese momento eficazmente mantenido, entre fuerzas represoras y reprimidas, aumentos, ya sea absolutos o relativos, en la fuerza de los

instintos rechazados, o de las angustias que a ellos se oponen. Para producir una neurosis obsesiva estos factores precipitantes deben actuar sobre una persona que haya hecho regresión sádico-anal durante la infancia.” (O. Fenichel, 1984). Para Lacan el obsesivo confunde su deseo con la demanda del Otro, y esta demanda se le convierte por la exigencia de su super-Yo en un mandato sin matices.

En "Las lecciones Introdutorias al psicoanálisis" (1916-1917), Freud descubre la regresión en la obsesión, que, a diferencia de lo que ocurre en la histeria, que muestra una regresión a los primeros objetos sexuales en la obsesión encontramos la regresión hacia una fase anterior de la organización sexual.

Esta regresión hacia la fase preliminar de la organización fálico-anal, es a la que responsabiliza de las "manifestaciones sintomáticas como son: que el impulso amoroso se presenta entonces bajo la máscara del impulso sádico" y es a ese efecto en el que reconoce, lo que hace que no solo se vuelva un neurótico, sino un neurótico "horrorizado" por las representaciones que surgen en él y apresado en una lógica del deber pagar por esos síntomas. Lo anterior lo podemos observar de lleno en el historial del Hombre de las Ratas.

2.6 LA LEY DEL PADRE Y SUS EFECTOS ESTRUCTURANTES EN EL OBSESIVO.

El obsesivo siempre está psíquicamente en lucha para no ser sometido por el padre o sus representantes: el jefe, el suegro, el colega. Curiosamente, tal como puntualiza Freud en un pie de página de su texto “Análisis terminable e interminable”, muchos obsesivos terminan siendo sometidos no por hombres sino por sus mujeres. Temen y reprimen el odio infantil que sienten hacia el padre por deseo hacia la madre. La sobreestimación del poder de sus fantasías y actos mentales, la “omnipotencia” de sus ideas y la creencia en la fuerza mágica de las palabras los llevan a sospechar que sus deseos se convertirán en realidad. Por reacción, el amor consciente se intensifica en un esfuerzo por mantener reprimidos los impulsos hostiles.

En lo que respecta al padre del obsesivo, una vía se le ofrece a este hombre de la madre: la que conduce al padre, cuya voz fue tan débil que casi se volvió inaudible para la pareja imaginaria formada por la madre-hijo. Quizá esta otra razón por la cual, existe en él una ambivalencia entre amor y odio por la figura del padre. El odio es rechazado a lo inconsciente desde donde sobredetermina el resto de funciones sin que la conciencia sepa nada de ello.

La evolución del yo se anticipa a la evolución de la libido. El sujeto se ve obligado a la elección del objeto en un periodo en que la función sexual no ha alcanzado aún su forma definitiva, dando lugar a una fijación en la fase pregenital sádico-anal.

De este modo desarrolla una súper moral, para defenderse su amor frente a la hostilidad. Esto ocurre porque la “súper-moral” aparece como un producto sustitutivo por medio de una formación reactiva. La represión entonces se realiza con éxito

De lo anterior podemos concluir que el obsesivo espera la muerte del amo absoluto para él comenzar a vivir y a desear. Es insoportable, la aceptación del nombre del padre que lo convierte en mortal, lleva al obsesivo a huir despavorido de la seguridad y permanecer en perpetua incertidumbre.

Dor (1991) menciona que “para el obsesivo superar la castración es siempre intentar conquistar y mantener un estatuto fálico junto a la madre, y más en general, junto a toda mujer. No obstante, como la *Ley del padre* permanece omnipresente en el horizonte del deseo obsesivo, la culpabilidad es irremediable. Es esta ambivalencia, alimentada entre la nostalgia fálica y la pérdida implicada por la castración que inscribe al obsesivo en una posición estructuralmente específica con respecto al padre. Tales sujetos no dejan de desplegar una actividad incesante para reemplazar al padre (y a toda figura capaz de representarlo). De ahí la necesidad imperativa de “matarlo” para ocupar su lugar ante la madre”.

2.7 RELACIÓN CON LA MADRE

En el caso de los neuróticos obsesivos, en el primer tiempo del Edipo, encontramos una relación bastante cercana con la madre, muy preocupada por sus hijos y que se queja mucho de su marido, al respecto Dor (1991), menciona que a menudo el obsesivo se manifiesta como un sujeto que fue particularmente investido como objeto privilegiado del deseo materno, es decir, privilegiado en su investidura fálica. Agrega que de ahí proviene la fórmula “*los obsesivos son nostálgicos del ser*”. Esta nostalgia encuentra su principal apoyo en el recuerdo de un modo particular de relación que el obsesivo mantuvo con su madre.

Por el lado de la función paterna, en ese segundo tiempo, esta es percibida muy débil y no cumple como ley, es un hombre que por diferentes motivos se ausenta. En general el bebé es un buen niño, bueno con su madre, capaz de cuidarla mejor que su padre; es un niño desvalorizado por este, que se burla de él y que quedará atrapado en lo que podría ser el tercer tiempo, entre el amor y el odio hacia ese padre y el deseo de matarlo o de hacerse amar a cualquier precio. El odio hacia la mujer amada está necesariamente relacionado con el afecto por el padre y viceversa, de ahí que su escogimiento de pareja este mediatizado por esto.

Si el deseo del obsesivo está retenido en relación al objeto porque significa la destrucción del Otro, para mantener esa retención y defenderse del deseo se dirige a un objeto prohibido o, lo mantiene como inalcanzable; su objeto privilegiado es el objeto anal que nos permite explicar la lógica que sostiene su ambigüedad, esta ambigüedad del

deseo, “si y no, lo doy no lo doy, lo retengo, lo doy”, es en este enganche con la madre, donde se sostiene el obsesivo.

En la mayoría de los obsesivos masculinos, en efecto, encontramos los vestigios nostálgicos de esa seducción agresiva pasiva que se expresa a través de fantasmas preponderantes: “ser seducido por una mujer sin haber hecho nada”; o incluso “ser violado por una mujer”. Esta actitud de disposición pasiva al goce constituye una de las estereotipias más notables de la estructura obsesiva, a través de la cual el sujeto evoca nostálgicamente su *identificación fálica*.

2.8 RASGOS DE LA ESTRUCTURA OBSESIVA

Siguiendo el estudio realizado por Jacques Lacan sobre la neurosis obsesiva, encontramos que entre ellos se encuentran los siguientes: el obsesivo se muestra por lo general como un sujeto dispuesto a satisfacer las demandas, cercano, simpático, solidario, filantrópico, como encubriendo bajo ese amor al Otro su fantasma sádico inconsciente. Y para continuar escondiendo ese fantasma sádico de destrucción, el sujeto continuará haciendo ese tipo de montajes. Por tanto, en la clínica, esto nos debe orientar.

Lo anterior nos muestra que definitivamente el obsesivo es un sujeto que se tortura bajo la duda, bajo la sensación de estar muerto en vida, es decir, la muerte como un elemento fundamental. Freud (1909) menciona que es como si, los obsesivos manejaran un dialecto de la histeria, por el tipo de teatro que montan con las resistencias que muestran al momento de encontrarse en tratamiento.

Si el otro no desea, el obsesivo está resguardado en cuanto a su deseo, puesto que tampoco desea; se sella de esta manera el pacto inconsciente que lo anima en su relación amorosa con el otro y que caracteriza sus relaciones de pareja y el manejo de su sexualidad, lo que lo llevará, en algunos casos, desde la impotencia a la homosexualidad, desde la eyaculación precoz hasta un exceso de erección y en donde su mujer o mujeres son llevadas a las más altas idealizaciones o a la más burda humillación, al desprecio, a la agresión e, incluso, a la crueldad; únicamente cuando aquella se vuelve imposible, vuelve a ser objeto de su deseo. Se enoja cuando la mujer no responde a lo que él tiene planeado e intenta doblegarla y amoldarla a su forma.

En particular, es posible aislar, desde el punto de vista del deseo, algunos rasgos estructurales que determinan su curso. Mencionamos ya, a tal efecto, el carácter imperioso de la necesidad y del deber que rodean a la organización obsesiva del placer. Así mismo, evoquemos la debilidad de la demanda y la ambivalencia como otros tantos rasgos asociados a dispositivos de defensa sintomáticos tales como:

- Las formaciones obsesivas: pensamientos y conductas muy fijas y constantes, rumiantes.
- El aislamiento y la Anulación Retroactiva
- La ritualización
- Las formaciones reactivas
- El trío: culpabilidad, mortificación, contricción.

- Y el conjunto del cuadro clínico habitualmente designado, a partir de Freud, por la expresión “*Carácter anal*”.
- Erotismo anal
- Compulsión a la repetición

El yo del obsesivo es más vigilante en comparación con el del histérico, por eso le cuesta mayor trabajo hacer caso a la regla psicoanalítica fundamental. Sus aislamientos son más tajantes, es por ello que con este tipo de pacientes la cura deberá estar dirigida de tal forma que el paciente pueda llegar a nombrar su deseo, a ponerlo en palabras sin hacer síntoma, o sin excusarse en que faltan elementos en su historia. Suele evitar además, el contacto no tanto físico sino significativo. El contacto del que habla Freud es al mismo tiempo contacto asociativo, y contacto de los cuerpos afectados por lo pulsional del lenguaje. Con frecuencia llegan a presentar síntomas digestivos o intestinales, pero la forma más peculiar de histerización en la neurosis obsesiva es la que Lacan llama “angustia anal”, un síntoma que, por afectar directamente un borde pulsional, presentifica de la manera más patente la causa angustiante del deseo.

La intensa actividad mental queda sexualizada y la inmersión en un laberinto de pensamientos anulantes entre sí, agota al enfermo. Las acciones obsesivas suponen una resolución de los dos impulsos contrapuestos mediante la formación de productos transaccionales que en ocasiones recuerdan a las conductas onanistas. Duda de lo que para él debería ser lo más seguro.

Goza en ambivalencia de sentimientos, dominio de pensamientos y actos coartados entre sí. De esta manera, en eterna espera de la vida eterna, vive como un muerto, protegiéndose de la mortalidad, deseando imposibles deseos. Para el obsesivo, lo importante queda siempre para después, arrastra la sensación penosa de no estar presente en los acontecimientos importantes de su propia vida (el matrimonio, la paternidad) por el aislamiento, la desconexión entre la representación y el afecto, una de sus defensas clave. Los componentes sádicos del obsesivo son: en primer lugar impulsos de autodestrucción.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 MÉTODO

“El término metodología designa el 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 implica que para iniciar una investigación, primero tenemos que 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.

Como parte de la intervención psicoanalítica, la metodología que se utiliza tanto para la recopilación como para la presentación de datos, es la cualitativa, la cual “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).

Es por eso que, una característica que distingue a la metodología cualitativa de otros tipos de investigación es que en esta, “el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. 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).

Es así que tiene como principal característica indagar la forma en que la gente le da sentido a sus vidas existiendo principalmente un interés en la propia perspectiva de los sujetos de estudio. 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.

Así que, 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). Así que se rechaza la intención de cuantificar la subjetividad con leyes generales que expliquen hechos individuales.

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. Una de las estrategias de investigación cualitativa es el estudio de caso; “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”. 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. El estudio de caso es un recurso muy importante para la investigación psicoanalítica ya que el sujeto obtiene el lugar como centro del conocimiento y es una de las principales alternativas entre la gama de estrategias que tiene el enfoque cualitativo.

“Un estudio de caso cualitativo es elegido cuando el investigador está interesado en comprender, descubrir e interpretar, más que en probar hipótesis”.(Merriam 1998, Pérez Serrano 1998). Guba y Lincoln (citados por Pérez Serrano 1998) indican que el propósito del estudio de caso es descubrir las propiedades de la clase a la cual pertenece el caso estudiado, además de llegar a un entendimiento comprensivo del objeto de estudio y desarrollar afirmaciones teóricas generales sobre las regularidades en la estructura y en el proceso social.

Por lo tanto, y siguiendo la línea del trabajo que se realiza en la práctica clínica con un enfoque psicoanalítico, 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, honorarios, tiempo de la sesión, posición), y el proceso analítico (transferencia, resistencia, elaboración e intervención); los cuales a continuación serán definidos tomando como referencia el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996).

3.2 DISPOSITIVO ANALÍTICO. (Invariables del método)

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.

Atención Libre y Flotante. Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se propone al analizado.

Neutralidad. Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. 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; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

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

3.3 ENCUADRE PSICOANALÍTICO. (Variables instrumentales en relación al presente Estudio de Caso).

Horarios. Viernes 5:00 pm.

Frecuencias. Una sesión por semana.

Tiempo de la sesión. De 45 a 50 minutos.

Honorarios: Se fijó la cantidad de \$50.00 por sesión como cuota de recuperación para la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad.

Posición. Cara a cara.

3.4 PROCESO ANALÍTICO. (Producto del dispositivo y encuadre)

Transferencia. Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

Discurso: Organización de la comunicación, principalmente del lenguaje, organización específica de las relaciones del sujeto con los significantes y con el objeto, que son determinantes para el individuo y reglan las formas del lazo social (Lacan 1972).

Resistencia. Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente.

Elaboración. Término utilizado por Freud para designar, en diversos contextos, el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre

ellas conexiones asociativas. La elaboración psíquica 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.

Este modelo de intervención tiene como basamento los elementos surgidos del proceso analítico mismo que, desde esta perspectiva, producen la información como resultado de la interacción ocurrida en el tratamiento analítico. Por lo tanto, los procedimientos llevados a cabo tienen como objetivo describir las condiciones 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 el paciente hable de todo lo que se le ocurra apegándose a la regla de asociación libre, antes descrita.
- **Formas de intervención:** señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.
- **Frecuencias por semana:** una sesión por semana.
- **Honorarios:** \$50.00 por sesión.
- **Tiempo:** 45 minutos.

- **Condiciones institucionales:** proceso realizado cara a cara, dentro de un cubículo, ubicado en el primer piso de la Unidad de Servicios Psicológicos. Se buscó que fuera el mismo cubículo para las sesiones.

3.5 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas o estrategias de intervención son instrumentos a través de los cuales el terapeuta tiene acceso al discurso del paciente y le permite actualizar la historia del individuo. Éstas tienen un carácter 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 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:

3.6 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN.

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

- **Discurso del paciente.** Asociación libre.

- **Viñeta clínica.** Registro anecdótico de cada sesión de análisis donde se escribe el discurso. 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.

3.7 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN.

- **Interpretación.** 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

CASO CLÍNICO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: Oscar. Así nombraremos al paciente para efectos de este caso.

Edad: 22 años.

Nacionalidad: Mexicana.

Ocupación: Empleado en una empresa que fabrica juguetes.

Edo. Civil: Soltero.

Hijos: No.

4.2 ESÚMEN GENERAL DE CASO CLÍNICO

El presente estudio de caso aborda la problemática de un paciente de sexo masculino de 22 años de edad, de complexión delgada y 1.65 mts. de estatura aproximadamente. Es de tez morena, tiene cabello y ojos negros; trabaja actualmente como empleado en una fábrica de juguetes y además estudia el idioma inglés.

Tiene dos hermanos hombres, de 22 y 18 años de edad respectivamente. El hermano de 22 es cuate de él. Además tiene un medio hermano de 4 años de edad, hijo de su padre y su actual pareja.

Oscar es originario de Monterrey, N.L., vivió con sus padres y sus dos hermanos hasta la edad de 8 años. En esta época sus padres se separan por primera vez y él y sus hermanos se van a vivir con su madre a casa de su abuela materna. Comenta haberse sentido muy culpable por la separación de los padres a esta edad porque en una ocasión su madre lo culpó. Diciéndole que él tenía la culpa de que se divorciaran por no portarse bien y hacer caso a lo que ellos decían. Oscar llorando solo pudo responderle que él solo era un niño y no tenía la culpa de nada.

Pasado 1 año, sus padres intentan vivir juntos nuevamente pero las cosas entre ellos siguieron complicándose. Tenían muchas discusiones entre ellos porque el padre casi no estaba en casa, decía que tenía mucho trabajo y en ocasiones no llegaba a dormir; llegó a existir la agresión física por parte del padre hacia la madre. Oscar refiere que su padre tal vez salía con otras mujeres y sabe que eso estaba mal pero que por otro lado su madre tenía la histeria a todo lo que daba. Todo el tiempo hablaba con gritos y a su padre también.

Cuando tenía alrededor de 4 años, recuerda que su papá y un tío (hermano del padre) lo llevan a consultar porque al parecer tenía un problema en el habla. Refiere que su madre le ha contado que ella aprendió a hablar bien hasta a los 12 años de edad. Con respecto a esto, él manifiesta tener dudas durante algún tiempo del tratamiento, sobre si esta problemática del lenguaje puede ser hereditaria o genética.

Oscar presenta algunas dificultades al momento de hablar en sesión, acorta algunas palabras y parece confundir los pronombres personales. Él se da cuenta y pide disculpas cuando no logra completar o decir bien alguna palabra, dice se traba mucho y eso le desespera. Dice es por esta razón que en ocasiones prefiere quedarse callado porque le da pena equivocarse al momento de hablar o que los demás no entiendan bien lo que dice. En otras (y muy frecuentes ocasiones) dice que no habla casi con las personas porque siente que no tiene tema de conversación. Que de pronto su mente se queda totalmente en blanco y no le salen las palabras.

Cuando Oscar cumple los 14 años, sus padres se separan definitivamente, Oscar y su hermano de 22 se quedan a vivir con el padre y su hermano menor con la madre. Viven con su padre él y su hermano desde sus 14 años hasta los 21. Un amigo de él y de su hermano vivió con ellos un tiempo porque se salió de su casa para irse a vivir con la novia pero no funcionó la relación y no quiso regresar a casa de sus padres por este motivo. Entonces habló con Oscar y su hermano para pedirles oportunidad de quedarse un tiempo con ellos. El padre aceptó.

Oscar refiere que en la época de su adolescencia, cuando se divorciaron sus padres, él se sentía muy mal, no sentía que se merecía lo que estaba viviendo, él se merecía una familia unida pero no la tenía. Dice llegó a pensar que no valía la pena vivir así pero de todas formas salió adelante. En ésta época acudía con una psicóloga.

Su hermano cuate estudia psicología y él fue quien le sugirió acudiera a solicitar apoyo psicológico. Oscar refiere que antes de llegar a la Unidad de Servicios Psicológicos

estuvo asistiendo con una psicóloga humanista pero dejó de ir porque sentía que no le servía mucho. Refiere haber pensado en la hipnosis como una solución rápida a lo que estaba sintiendo.

Cuando llega a la consulta acababa de terminar una relación de 2 años con su pareja. Desde ese momento en que él decidió terminar la relación dice haberse sentido muy mal, refiere haber tocado fondo y sentirse en depresión, ya no sentía ánimo de hacer las cosas y todo le daba igual. Decide terminar la relación porque sentía que su pareja era muy celosa y a él le gustaba tener amigas. Además de que ella al parecer ya quería casarse pero él no porque todavía tenía proyectos personales por cumplir.

Conoció a su ex novia en un grupo (coro) de la iglesia a la que asistía pero dejó de ir después de que tuvo una discusión con uno de los dirigentes. En esa discusión él exploto y se puso a llorar, dice haberse sentido muy mal de que solo se acercara una persona a preguntarle cómo estaba. Que seguramente sólo lo hacía por compromiso, y los demás eran unos hipócritas porque no se interesan sinceramente por la vida de los demás y sin embargo acuden a la iglesia.

Su ex novia es 5 años mayor que él, es maestra de preescolar. Oscar con esta situación decía sentirse en desventaja porque él aún no tiene una carrera y aparte, dentro del círculo de amigos de ella la mayoría ya tenían una licenciatura y estaban trabajando. Sentía presión por parte de su novia y comenzó a sentirse “como muy viejo”. El hecho de que los amigos de ella ya tuvieran una carrera y trabajo lo hacía sentir inferior. Además comenta los amigos de su ex novia y ella tenían una familia unida y él no.

El haber terminado la relación de pareja le recordó la separación de sus padres porque dice de nuevo se comenzó a sentir solo, como abandonado, como si todos se fueran y nadie estuviera para él. Le da coraje porque dice que él siempre está para los demás. Para escucharlos y apoyarlos, pero cuando él los necesita nadie está.

Hace un año el padre decide irse a vivir con su pareja actual y su medio hermano. Oscar y su hermano cuate se quedan a vivir en la casa en la que vivían con el padre. Algunos meses después su hermano decide irse a vivir también con el padre, le dice a Oscar que así probarán quien es el más ordenado de los dos en esa casa. Oscar vive solo actualmente aproximadamente desde hace 5 meses.

En cuanto a sus estudios, primero estudió hasta el segundo semestre de administración de empresas, pero se salió porque sintió que era una carrera muy aburrida, después ingresa a la Facultad de Organización Deportiva porque su hermano le dijo que una amiga de él estudiaba ahí y que estaba fácil, pero tampoco duró mucho tiempo porque se dio cuenta que estaba a la fuerza. Además decidió que su sueño es ser piloto y quiere hacer lo que esté en sus manos para lograrlo. Dice tener mucho miedo a fracasar y “a no lograr el éxito”.

Cuando se sale de esta última carrera y dice los motivos a su padre. El padre le dice que ya no cuente con él, que la siguiente carrera que quiera estudia él se la pague. Esto genera en Oscar mucho coraje, siente que el único al que más apoya su padre es a su hermano cuate. Pero que él le va a demostrar a su padre que él puede.

Con respecto al trabajo, cuando llegó a consulta (hace 2 años) tenía un empleo en una empresa de tele marketing, a las dos semanas siguientes llegó muy desanimado diciendo que lo corrieron porque últimamente estaba muy distraído en el trabajo. Se muestra molesto por la situación porque siente que es verdad pero no sabe porque últimamente se distrae tanto. Siente que piensa mucho en los problemas que hay en su familia todo el tiempo.

Con respecto a sus relaciones de amistad, Oscar hablaba de Manuel y Ramiro. Ramiro es el amigo de él y su hermano, quien vivió con ellos un tiempo. A Manuel lo conoció en la prepa, pero actualmente ya no se hablan porque él lo decidió así, dice que Manuel no estuvo cuando él más lo necesitaba.

Desde que Oscar llega a consulta menciona que siempre le ha gustado mucho abordar a las personas en la calle para platicar, específicamente mujeres, aclara después, una vez que se le pregunta. En una ocasión contó de una chica a la que abordó en un Starbucks mientras cordialmente le ayudaba a mover una mesa, le pidió su teléfono, pero al parecer las cosas quedaron hasta ahí porque él ha perdido el interés en las mujeres. Así lo refiere en una sesión.

Dice tener mucho éxito con las mujeres mayores, ellas lo buscan mucho y especialmente para tener relaciones sexuales con él. Por lo general dice no tenerlas pero con la última que estuvo tenía 37 años. Actualmente dice no saber cómo acercarse a las mujeres, se le dificulta mucho, aún y que alguna chica le llame la atención cuando la ve por la calle siente que no le puede hablar, no es capaz.

4.2.1 MOTIVO DE CONSULTA

El motivo por el cual el paciente acude a consulta es porque dice no se explica porque hasta este momento se siente muy mal por la separación de sus padres. Siente que las cosas le dan igual y no quiere continuar así.

4.2.2 DEMANDA DE ANÁLISIS

Su principal cuestionamiento es, con respecto a su sentir ¿Usted me puede decir porque me está pasando esto? ¿Cómo le hago para volver a ser el que era?.De acuerdo a estos cuestionamientos resalta la demanda hacia su analista para que le dé soluciones rápidas y sencillas para dejar de sentirse mal.

4.2.3 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Oscar manifiesta sentirse muy solo y muy triste, como si estuviera en depresión. Siente un vacío en el pecho, al inicio del análisis lo relacionaba con coraje, con algo que le amargaba, después se convirtió en acidez, “algo que se le venía”. En dos ocasiones, a mediación de su análisis contaba en sesión que se le soltaba el estómago. Además decía sentirse muy serio y con mucha preocupación sin saber de qué. Por fuera se siente tranquilo pero por dentro como muy acelerado.

Actualmente refiere sentir como un dolor en el pecho. Siente que casi nada lo emociona. Con frecuencia refiere sentirse cómo alguien muy viejo, más grande de edad. Como si

ya hubiera vivido muchas cosas. Le desespera no poder expresarse más. Siente coraje hacia sus padres porque cree que si ellos lo hubieran tratado distinto desde su infancia las cosas con él serían muy diferentes.

En constantes ocasiones batalla al momento de hablar y eso le provoca pena con los demás porque él se da cuenta que a veces no pronuncia bien algunas palabras. Con frecuencia siente que le falta tener tema de conversación con los demás, siente que no podría defender sus ideas porque se le hace como un nudo en la garganta. Siente que ahora es muy inseguro.

Casi siempre se siente a la defensiva. Ha tenido durante el año y medio que lleva en tratamiento, dos ataques de pánico cuando está rodeado de mucha gente, los dos han sido en sus trabajos.

4.2.4 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo a los síntomas y rasgos propios que manifiesta el paciente, de encontrarse en un reproche constante hacia sus padres y hacia los demás, generándole estas acciones mucho coraje y tristeza cuando descubre que las cosas no fueron ni podrán ser como él quisiera, podemos seguir la línea de una “estructura obsesiva”

4.3 ESTRUCTURA SUBJETIVA

Oscar desde su infancia se ha sentido como alguien muy cohibido. Cuando intentaba hacer cosas en su infancia sus papás y la gente le decían que no podía porque estaba muy chico, era un niño y no era capaz. Piensa que probablemente por esto siempre quiso ser más grande, para que los demás lo quisieran.

Cuenta que en la primaria sus compañeros le hacían bullían porque sus padres estaban separados y él nunca podía defenderse, no le salían las palabras. Por otro lado, dice que cuando veía discutir a sus compañeros por “tonterías” él pensaba que no le gustaría que ellos pasaran por lo que él estaba pasando en esos momentos (discusiones fuertes entre de sus padres).

Sin embargo, refiere que su infancia también tuvo momentos buenos. Cuando su padre les prometía que los iba a llevar a algún lugar, lo cumplía. Su madre, recuerda era muy cariñosa, cuando los regañaba era porque realmente le interesaba que hicieran las cosas bien él y sus hermanos. Su padre era más duro; Oscar cree que es por estas formas tan distintas de ser de cada uno es que chocaban, discutían mucho. Y fue por eso que se separaron, a Oscar esto le dolió mucho. Dice que pensaba que si ellos iban a separarse no se explicaba entonces para que lo hicieron a él. Después de este hecho, él comenzó a sentirse muy vulnerable, muy inseguro, en la escuela era muy retraído, y dice que no se refiere a que no era inteligente sino a que siempre estaba pensando en eso, se sentía muy mal. En ocasiones cree que se divorciaron por él, pero a veces piensa que estuvo “chido” porque cada vez discutían más.

En la secundaria y preparatoria dice sentía que era muy feliz. No sentía que la situación de sus padres le afectara.

4.3.1 CONTEXTO FAMILIAR

La familia nuclear de Oscar es de nivel socioeconómico medio, su madre trabaja como prefecta en una secundaria y su padre como maestro de secundaria. Trabajan en instituciones distintas.

Actualmente Oscar vive sólo desde hace aproximadamente 5 meses porque su padre decidió irse a vivir con su pareja actual y su medio hermano. Su hermano Rogelio también dejó la casa para irse a vivir con su padre y Ana (pareja de su padre). Tiempo después Ana decide irse a vivir con el niño de ambos a casa de su madre porque siente que no puede hacerse cargo ella sola de cuidarlo. El padre de Oscar y Rogelio se quedan a vivir solos en esa nueva casa del padre.

Su madre recientemente se casó con Fernando, un señor que le cae muy bien a Oscar y al parecer trata muy bien a su madre. Sin embargo, la madre a nadie avisó que se casaría, le dice a Oscar que el motivo fue porque en casa de ella, su familia nunca la ha apoyado en las decisiones que toma, por ello prefirió hacerlo así. Oscar le dice que si ella es feliz así, él también lo es.

Su madre vive con el hermano menor de Oscar, Fernando (pareja de la madre) vive en su propia casa. No viven juntos porque dicen estar más agusto así.

4.3.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS

Con la finalidad de proteger la identidad real de los personajes de este caso, se le ha asignado un seudónimo al personaje que en este caso lo requiera.

Padre: Lo describe como una persona que provee de lo necesario a él y a su hermano Rogelio (22 años). Ha sido un buen proveedor pero ha faltado la cercanía y comunicación, específicamente con Oscar, porque trabaja la mayor parte del día, además no siente confianza de contarle sus cosas o el cómo se siente porque cuando lo ha intentado se siente ignorado por él. Ha sido un padre muy exigente y agresivo en sus palabras al momento de corregir a los hijos cuando veía que hacían algo mal.

Madre: La describe como una mujer cariñosa pero que siempre fue muy histérica con su padre. Narra que siempre que discutían gritaba y lloraba mucho. Dice que cuando pasaba esto, él se acercaba para consolarla, sólo la abrazaba. Al respecto dice haberse identificado con ella en esos momentos y en la inseguridad y miedo que mostraba.

Cuando su madre se quedó a cargo de Oscar y de sus hermanos la describe como una mujer que se comportaba como una niña, “con frecuencia salía con amigas como si estuviera soltera”. La describe inmadura en esa época. Ella tuvo una pareja que era policía y al parecer, Oscar sabía que la trataba mal. Recientemente se casó con Fernando. Un hombre que a su parecer la trata muy bien. Ella a nadie enteró de que se casó, ni a sus hijos. La comunicación con ellos parece ser muy escasa desde que eran chicos.

Hermano cuate: Rogelio estudia la carrera de psicología. Siempre han sido muy cercanos, suelen apoyarse y hablar entre ellos cuando tienen alguna discusión. Al inicio del tratamiento, refería que peleaban más porque tenían opiniones distintas y terminaban en pleito. Al parecer por momentos comparten el sentimiento de soledad y abandono por parte de ambos padres. Sin embargo, Oscar siente que Rogelio es más apoyado por su padre en cuestión de dinero. Oscar admira de su hermano la forma en la que él si puede hablar con su padre, diciéndole lo que le molesta o enoja de él.

Ex novia: Mantiene con Carmen una relación de pareja durante dos años. Ella de 25 años, ya contaba con una licenciatura, era maestra de preescolar, situación que incomodaba a Oscar porque se sentía inferior. Además, Carmen tenía una familia muy unida cómo la que Oscar siempre ha soñado en tener. Sin embargo, refiere que ella era muy cariñosa, amable y gentil con él. Él decide terminar la relación con ella en el momento en el que se siente presionado por ella para casarse. Dice los planes de cada uno eran distintos,

4.3.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

Durante los primeros 8 años de vida de Oscar, su madre era un poco más cercana que pasados estos años, él narra una escena muy cargada de afecto hacia la madre en una ocasión que discute con su padre, él se va y ella se queda llorando mucho, Oscar llega, la abraza y le dice que se calme. Ella también lo abraza y le dice que su padre no la comprende.

Parece ser que la figura materna estuvo presente de una manera parcial durante su infancia, al menos hasta que Oscar cumplió 8 años de edad. Después de la primer separación de los padres la madre decide llevarse únicamente a su hermano cuate y a su hermano menor con ella. A partir de este momento, y por como lo muestra el paciente en su narración, su madre comenzó a estar más ausente, dejó de haber tanta calidez y protección. Dice sentir que ella estaba presente y ausente a la vez por los problemas con su padre. Su madre se volvió incapaz de proporcionar la contención afectiva básica, estaba más al servicio de las discusiones con el padre, que a la función materna.

El paciente la describe como una persona que siempre le exigía que hiciera las cosas mejor, él entiende que lo hacía porque lo quería pero eso no le quitaba el hecho de sentir que era muy rígida, dice nunca le reconocía o lo alentaba a que hiciera las cosas bien. Esta actitud también era manifestada por el padre hacia él con frecuencia.

Su padre oscilaba entre presencia y ausencia. Constantemente no llegaba a dormir a la casa y vivía de pleito con la madre hasta que se separaron cuando él tenía 8 años, durante la adolescencia del paciente se divorcian definitivamente.

Cuando el padre se va, el paciente siente que se él se queda a cargo de la casa, como “el hombre de la casa”, vemos aquí una suplencia del padre. Posteriormente los padres deciden que él y su hermano cuate se vayan a vivir con su padre porque la madre no pudo hacerse cargo de ellos. En diversas ocasiones mientras tenía a su cargo a Oscar y a su hermano menor, los dejaba encerrados para que no salieran hasta que ella regresara. El padre se entera de esto y decide llevarlos a vivir con él.

No recuerda haber recibido palabras afectivas o de aliento de parte de sus padres como a él le hubiera gustado, más bien, narra que siempre le exigían hacer lo mejor posible las cosas, y si se equivocaba era un pendejo. A veces tal vez le mostraban cariño pero muy a su manera, dice eran muy secos.

4.3.4 EVENTOS TRAUMÁTICOS

En el curso de las sesiones el paciente deja ver un su discurso tres eventos traumáticos, mismo que probablemente contribuyeron al conflicto que presenta con la sintomatología actual en su cuerpo y la dificultad que presenta a la hora de establecer relaciones afectivas con las personas.

Primer evento: Divorcio de los padres.

El hecho de vivenciar las discusiones y peleas de los padres le hacían pensar que si ellos no querían estar juntos no tenía ningún sentido el hecho de que él existiera ni que lo hubieran traído al mundo. Los padres nunca hablaron con Oscar y sus hermanos sobre el divorcio, un día solamente les informaron quien se quedaría con cada uno.

Segundo evento: Terminación de su relación de pareja.

Cuenta que el día que terminó con la relación, antes de esto, él y su ex novia se encontraban hablando cada uno de sus planes, su ex novia le decía que una vez que él terminara la carrera ella quería ya casarse. Oscar por su parte le decía que a él le gustaría primero terminar y después viajar, vivir un poco más. Pero dice que no se sintió

escuchado, parecía que lo único que ella quería era casarse, dice en ese momento vio su vida pasar en un instante y fue cuando le dijo: “ya, se acabó”. Dice que sintió algo en su cabeza, se sintió muy raro, como si algo en su cabeza pasara.

Dice que en esta época también tenía algunos problemas con su papá y su hermano porque le decían que ya no tenía tiempo para ellos. Su padre le cuestionaba en qué momento iba a tener más tiempo para la escuela.

Tercer evento: Quedarse a vivir solo.

Hace aproximadamente cinco meses el padre de Oscar decide que se irá a vivir a su nueva casa con su pareja y el hijo de ambos. Dice que ahora él y su hermano se quedarán en esa casa y se harán cargo de ella. Oscar vive este evento un poco sorprendido, pero dice que ya sabía que en algún momento esto iba a pasar. Tiempo después su hermano decide irse también de la casa, siguiendo al padre, le dice a Oscar que así van a comprobar quién de los dos es más ordenado con sus cosas.

4.3.5 PERFIL SUBJETIVO

Maneras de interacción

Muestra una personalidad seductora en la mayoría de sus relaciones, se esfuerza por agradar a las personas, apoyándolas en todo momento en la medida de sus posibilidades. Siempre dice mostrar todo el apoyo para los demás pero cuando él necesita todos se van. Esto lo vive como un abandono por parte de sus amigos y su familia.

Su manera de interactuar es gentil y servicial, rayando en sus límites al mostrar interés y preocupación en los demás. Se le facilitan las relaciones casuales con extraños, cuando son personas conocidas se complica, debido al hecho de que se siente todo el tiempo muy poco tomado en cuenta por los demás. Logra establecer amistades duraderas en la medida en la que no lleguen a “decepcionarlo” al mostrar una actitud diferente a la esperada por él.

La relación con su padre y su hermano cuate regularmente es hostil. Durante las sesiones ha mostrado un progreso muy significativo en ello. Con su madre mantiene la cordialidad. Con su hermano menor no muestra tener mucho contacto. Al parecer este hermano tiene dificultades también para relacionarse.

Identidad sexual

Es congruente en su identificación masculina en su “ser hombre” en cuanto a lo biológico. En lo social y psicológico parece mostrar una oscilación entre lo femenino y lo masculino. En su forma de conducirse en el trabajo, con amistades y con su familia pareciera ser una mujer que demanda atención.

Rasgos de carácter

El paciente muestra una actitud amable y gentil, en ocasiones llega a ser exagerada, como si estuviera actuando o haciendo un esfuerzo por mostrarse así cuando en realidad se siente muy molesto o enojado; al mismo tiempo es severo en la crítica

que hace hacia los demás y de su entorno, le cuesta relacionarse con los compañeros del trabajo porque la mayor parte del tiempo ve en ellos una figura de autoridad.

Es aprehensivo y exigente con él, no se permite equivocarse, cuando esto llega a suceder su actitud es dramática, se siente exhibido ante los demás y eso lo apena, a la vez que le da mucho coraje. Como si no dejara pasar el hecho de que se equivocó como cualquier humano puede hacerlo. Es exigente en todos los sentidos, además de algunos tintes de hipocondría.

Se comporta como alguien mayor a su edad. Cómo si ya hubiera vivido toda una vida y ahora se queja de ella.

El perfil de sus emociones es amplio, sin embargo fluctúa entre los estados depresivo, ansioso, irritable y hostil. En otras ocasiones llega a mostrar optimismo, alegría y alta estima en apariencia.

Recursos poicos

Su funcionamiento intelectual es adecuado, logra constancia en las actividades que realiza, como el asistir a terapia. Se ubica en tiempo, espacio y persona. Su atención y concentración en la vida cotidiana muestran cierta estabilidad. Hay momentos en que refiere batallar para concentrarse en los objetivos que él quiere lograr y eso lo hace sentirse muy complicado. No presenta ninguna alteración de índole neurológica.

Mecanismos de defensa

Identificación proyectiva.- en relación con su padre, es decir, no logra ver su propia exigencia para con él mismo. Prefiere culpar al padre por ser así. Sus sentimientos de indefensión y abandono los pone en los otros; además recurre en ocasiones a la negación, minimizando o justificando los eventos dolorosos hacia su persona. Muestra una relación de ambivalencia constante hacia el padre.

Características del súper yo

Tiene un súper yo inflexible en cuanto a los valores sociales, exigente hacia sí mismo, sintiéndose muy mal cuando se equivoca. Intolerante a la crítica.

4.4 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

En este apartado se describirán los momentos del proceso analítico que se trabajó durante aproximadamente un año y medio; además de describir teóricamente las problemáticas específicas que sirvieron de referente para presentar este caso.

En un primer momento el paciente llegó muy angustiado al relatar que se sentía sumamente raro, diciendo que cuando él era chico sus padres se separaron y su madre quiso comportarse nuevamente como niña. Al respecto, dice que él pensaba que esto de sus padres ya lo había superado.

Quería explicárselo, esto correspondía al motivo de consulta. En conjunto con lo relatado, presentaba síntomas de apatía, tristeza, poco optimismo y frecuentemente

cansado, aquí se expresaban sus conflictos psíquicos, los cuales al parecer eran ignorados en todo momento por la familia. Se percibía a sí mismo como un hombre poco simpático, muy serio y viejo, incapaz de resolver esta vez sus problemas por sí solo como antes; al mismo tiempo culpaba a los demás de no apoyarlo cuando más él necesitaba. Existen auto reproches de que él siempre está para los demás y que tal vez no debía ser así. En oposición a esto, decía que prefería estar solo, ya que todos los demás eran unos hipócritas que se acercaban porque sentían el compromiso de hacerlo.

Constantemente recordaba las peleas entre sus padres antes de que se divorcieran. Al respecto dice que en una ocasión la madre lo culpó que ellos se fueran a separar. Él le respondió que no, que él solo era un niño de 10 años y que si se iba a separar no era por él. Sin embargo, durante gran parte del tratamiento, Oscar tenía la creencia de que la separación de sus padres en gran parte había sido su culpa. Como si el término de la relación de los padres hubiera estado en función de él. Esto lo hacía sentir muy triste al grado de sentir una sensación muy fuerte en el pecho, como mucho coraje, y a veces decía, le daban ganas de matar al padre por su forma de ser.

En relación a esto, Freud recalca que la omnipotencia del pensamiento en los deseos del obsesivo es subrayada en el sentido de que sitúa al obsesivo en el registro de lo que ulteriormente va a encontrar su lugar en la obra freudiana bajo el nombre de Tánatos.

“Los obsesivos en todo conflicto, están al acecho de la muerte de la persona que les importa, de la persona amada, sea ésta uno de sus padres, un rival, uno de los objetos de amor entre los cuales vacilan”.

En un segundo momento Oscar ya socializa más en su nuevo trabajo, en cuanto a su desempeño, ha sido reconocido como uno de los mejores empleados en dos ocasiones, desde que entró a trabajar en esa empresa. Dice se ha sentido más tranquilo desde que habló con su padre para decirle todo lo que a él le hubiera gustado que fuera en su infancia. Le dice lo mal que la ha pasado y que muchas veces ha culpado a él y a su madre por las cosas que ha pasado, pero que también le agradece el hecho de haber sido un padre que siempre se preocupó porque no les faltara nada a él y a sus hermanos, que cuando les prometía algo se los cumplía. En ocasiones le hubiera gustado que fuera menos duro con él.

Después de hacer esto, dice que la sensación que tenía en el pecho se desvaneció y se sintió muy bien, sintió que la angustia bajó. En su trabajo siente que ya se puede relacionar mejor con sus compañeros. En relación a esto, Joel Dor menciona en *Estructuras clínicas y psicoanálisis* “Sólo en el decir es localizable algo de la estructura del sujeto”. Por lo tanto, conforme fuimos trabajando en conjunto se pudo observar que dentro de su historia al paciente se le dificultaba crear lazos fuertes. Era una especie de anularse porque sentía que en todo momento era preferible estar solo. Esto ocasionaba que casi nadie estuviera pendiente de él ni se percataran de sus necesidades.

Actualmente con apoyo de las supervisiones se ha logrado que el paciente ya sabe que tiene un lugar, aunque de momento no parezca saber qué lugar tomar. Ya puede hablar más sobre él, sus planes y el como ahora se ha relacionado más activamente con las personas.

4.4.1 “PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR LOS PADRES, AMBIVALENCIA ENTRE AMOR Y ODIO”.

La forma negativa de los síntomas (de acuerdo a lo postulado por Freud en “*Inhibición, síntoma y angustia*”, 1926), corresponde a las prohibiciones, las medidas de precaución, y los castigos. Las obsesiones se definen por la entrada, en el campo de la conciencia, de un pensamiento, de una imagen parasitaria que se impone al yo y evoluciona junto a él sin que éste la reconozca como suya. El sujeto lucha con ansiedad contra éste fenómeno que aparece en contra de su voluntad. Su carácter permanente y monopolizador, justifica que un pensamiento se califique de obsesivo, a diferencia de una manía. Esta última no modifica la vida psíquica como tal, aunque puede perturbarla, mientras que el pensamiento obsesivo se sitúa en el centro de la vida mental.

Tales características se ven reflejadas en el siguiente fragmento de discurso del paciente:

Px: “Sigo sintiendo eso aquí (se toca el pecho) como si algo se me viniera... algo que también me empezó a pasar es que se me suelta el estómago, creo que es porque ahora me estoy preocupando mucho”

Tx: ¿Qué será eso que te preocupa tanto?

Px: “Son varias cosas, en ocasiones me estoy cuidando todo el tiempo, volteo a todos lados, creo que es una medida de precaución. También en ocasiones me preocupa que les pase algo a mis padres porque siento que quizá ya están

grandes. Como si sintiera que ahora tengo que cuidarlos. Y realmente están bien!. A veces tengo miedo de que de pronto se mueran o se fueran y yo me sintiera muy mal.”

Podemos observar en el discurso del paciente cómo es que el sentimiento tan fuerte de la posible muerte de los padres se vuelca en su propia persona, por la culpa que este pensamiento obsesivo le genera. Mencionando que tiene miedo de que algo le pase a él también por momentos, y debido a esto siente que tiene que estar en vigilia constante. Lo anterior es una de las características estructurantes de la neurosis obsesiva.

En las estrategias de protección de las que hace gala el sujeto obsesivo para salvaguardarse, encontramos también indicios de duda, pues nunca se está completamente seguro de que se haya protegido lo suficiente. En realidad no busca protegerse del conflicto exterior sino del conflicto interior y de las consecuencias que este pudiera acarrearle. La protección se torna entonces en un esfuerzo permanente.

4.4.2 “NO ME GUSTA EL QUE SOY. QUIERO SER EL DE ANTES”.

Dor (1991) menciona que, a menudo el obsesivo se manifiesta como un sujeto que fue particularmente investido como objeto privilegiado del deseo materno, es decir, privilegiado en su investidura fálica de donde proviene esta fórmula, ya evocada: *los obsesivos son nostálgicos del ser*. Esta nostalgia encuentra su principal apoyo en el recuerdo de un modo particular de relación que el obsesivo mantuvo con su madre. Siempre se localiza en la historia de los obsesivos la mención de un niño que fue el

preferido de su madre, o que por lo menos, pudo en un momento dado sentirse privilegiado ante ella.

Esto que refiere el autor mencionado, se puede observar en el relato de la siguiente sesión:

Px: "Me ha ido muy bien en mi nuevo trabajo, pero el tercer día comencé a extrañar mucho a mi familia, me sentí como algo nostálgico. Estuve a punto de llorar pero no lo hice, me espere a llegar a casa. Siento que además están regresando algunas cosas que había perdido: el ser bondadoso, feliz, generoso con los demás. A veces se me acercan mujeres en el trabajo, y no es que yo sea joto pero en este momento tengo otras prioridades, mi trabajo, mi familia, mi papá, mi mamá y mi hermano".

En el discurso de esta sesión se observa como el paciente extraña situaciones de su infancia, cuando toda su familia se encontraba junta. Cuando expresa sentirse nostálgico, solo muestra la intensidad en la que quisiera que las cosas volvieran a ser como antes.

Como si teniendo como prioridad a su familia, todos volvieran a reunirse.

4.4.3 “ME QUEDO EN BLANCO Y NO TENGO TEMA DE CONVERSACIÓN”.

Mazzuca(1875) dirá que si el neurótico se propone olvidar es porque ha renunciado a algo: “se trata de un sujeto que renuncia a resolver una dificultad, renuncia a enfrentarse con un obstáculo... prefiere “tratar de olvidar”. Es por ello que dirá que “el neurótico es un cobarde”. La neurosis será el sustituto de una tarea que el sujeto renuncia solucionar: prefiere enfermar antes que enfrentarse con un conflicto y solucionarlo.

Es decir que el concepto de neurosis en Freud se ubica en el contexto de una posición ética. (Mazzuca, 2002). Este esfuerzo por olvidar, no es, para Freud (1917) un acto patológico en sí mismo, sino que lo ubica como una fase inicial del mecanismo de formación de síntomas. En su trabajo “La división de la personalidad psíquica”, Freud señala lo siguiente: “El Yo es disociable, se disocia de algunas funciones, por lo menos transitoriamente, y los fragmentos pueden luego unirse de nuevo...y más adelante. Allí donde se nos muestra una fractura, una grieta, puede existir normalmente una articulación, cuando arrojamos al suelo un cristal se rompe mas no caprichosamente, se rompe con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos, cuya delimitación aunque invisible estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos mentales son como estructuras agrietadas y rotas.”. Podemos deducir entonces que el Yo en los estados de angustia de despersonalización, se deforma tolerando daños en su unidad o disociándose.

Siguiendo esta línea planteada por Freud en cuanto a los olvidos dentro de la neurosis obsesiva encontramos en la narración del paciente lo siguiente:

Px: “He notado que al momento de hablar ya no me trabo tanto, lo hago más fluido pero me sigue pasando que cuando quiero tener un tema de conversación, debatir sobre algo o defender mi punto de vista, me quedo en blanco. Como si de pronto no supiera de que hablar con las personas. Me siento muy cohibido, como en la infancia”

Tx: Y en la infancia ¿qué era lo que pasaba que provocaba que te sintieras así?

Px: “Lo que pasa es que yo si era muy platicador, como que muy ocurrente pero eso a mis papás no les gustaba, me decían que por qué yo era así. Que eso no estaba bien..y desde ahí comencé a cohibirme. Dejé de ser como era. En ocasiones quiero platicar relajadamente con los del coro pero no puedo, me sigo sintiendo como alguien muy serio”.

Podemos dar cuenta que uno o varios eventos traumáticos han marcado la vida del paciente al grado de llegar al olvido por la angustia que el recuerdo le genera. Olvidar es inconsciente y sólo puede ser descubierto por medio de la técnica psicoanalítica, es decir, con la cooperación total de la persona (su asociación libre) que cometió el olvido. Tales lapsus son muy a menudo la consecuencia directa de la represión. El evitar la posibilidad de la generación de una angustia (temor) o de una culpa (vergüenza), o de ambas.

4.4.4 “SUPLENCIA DEL PADRE. EL PASAJE DEL SER AL TENER”.

Dor (1991) señala que uno de los puntos decisivos en la apuesta fálica en la dialéctica edípica es: *el pasaje del ser al tener*, donde la madre aparece para el niño como dependiente del padre, en el sentido de que este último le “hace la ley” desde el punto de vista de su deseo. Bien lo sabemos, aquí se trata de una vivencia psíquica presentida e interpretada por el niño. Si el padre le hace supuestamente la ley a la madre, es a condición de que la propia madre desee supuestamente aquello que no tiene y que el padre posee.

Por propia definición, se trata de *la investidura simbólica* del padre, la cual resulta en la atribución fálica. El pasaje del “ser” al “tener” se efectúa siempre en ese desplazamiento del atributo fálico. Ahora bien, tal desplazamiento solo puede realizarse cuando algo consecuente fue significado al niño en el discurso materno, especialmente que el objeto de deseo de ella era estrictamente dependiente de la persona del padre. Solo la significación de esta dependencia puede movilizar al niño en la dimensión del tener.

A continuación podemos ver claramente lo referido por Doren el discurso del paciente:

Px: “Cuando mamá discutía con papá lloraba mucho, se ponía realmente muy mal, creo que en ese aspecto me identifiqué con ella. De verla tan mal, yo me acercaba a consolarla una vez que papá se iba, y le decía que no se preocupara que todo iba a estar bien, la abrazaba muy fuerte y parece que se calmaba un

poco. En cambio mi hermano siempre ha sido muy seco, no le decía nada solamente se le quedaba viendo”.

Aquí podemos ver como el paciente una vez que el padre se marcha, entra en escena para consolar a la madre y calmarla. Esto muestra en él un sentimiento de ser el privilegiado por la madre en la medida en la que ella se calma y le corresponde el abrazo.

4.4.5 “NO PUEDO ACERCARME A PAPÁ, NO SIENTO UNA CONEXIÓN CON ÉL”

Dor (2006) nos dice que el niño, por el discurso de la madre, puede instalarse imaginariamente en un dispositivo para la suplencia, el cual tiene como objetivo satisfacer el deseo de la madre. El niño percibe que la madre depende del padre, pero éste no puede satisfacer su deseo; el niño percibe que la madre parece no recibir lo que ella espera del padre. Esta situación provoca que el niño crea que hay la posibilidad de una suplencia.

También se ve presente en el obsesivo los rasgos de rivalidad y competencia. Detrás de esto, se hace notable un esfuerzo constante por reemplazar al padre (o a cualquier figura que lo represente). Quiere ocupar el lugar del padre, y para lograrlo tendría que “matarlo”. El obsesivo siempre querrá ocupar el lugar del Otro. Pero por otro lado, el obsesivo siempre se asegurará de que ese lugar no puede ser suplantado, es ilegítimo, no puede tener el lugar del padre. (Dor, 2006).

Px: *Estaba platicando con Carmen en mi casa. Yo batallo mucho para comprender la teoría en el inglés. Ahorita estamos viendo un tema que yo no entiendo y ella me estaba ayudando, me estaba explicando. Pero le dije “es que me cuesta mucho trabajo entender, casi no entiendo nada... y ella me dijo “Lo que pasa es que a ti te afectó mucho cuando estabas en la primaria y la secundaria el divorcio de tus padres. Y eso me movió mucho Rosario. En ese mismo momento empecé a llorar, pero mucho!, porque yo recordé que en esas épocas yo estaba como enchichado con mi mamá, me sentía muy inseguro y sólo quería estar con ella, papá a veces no llegaba a dormir a la casa y mamá se ponía muy mal, yo intentaba consolarla y calmarla”*

Tx: ¿A qué te refieres con que se ponía mal?

Px: “Se ponía de mal humor. Creo que era porque papá casi no estaba en la casa. Pero la verdad ella era muy histérica y yo trataba de que se calmara cuando papá se iba.

En todas las descripciones anteriores podemos ver ese intento por suplir a su padre. El suplente nunca va a ser el Padre, y nunca ocupará su lugar. Por más que lo intente, y su deseo siempre este en matar, o remplazar al padre, no se podrá llevar a cabo esa suplencia.

5. DISCUSIONES

Con el caso anteriormente detallado, podemos dar cuenta que aún y que el tiempo transcurra después de un evento significativo en la vida de un paciente, las manifestaciones pueden presentarse en el presente, dando cuenta de la estructura que se vino formando desde el nacimiento y de acuerdo a las relaciones y sucesos que estructuraron al sujeto

Con este paciente siempre se hizo necesario precisar en un comienzo la mayoría de mis intervenciones, puesto que mostraba una falla en el lenguaje por una gran ausencia de la madre como figura contenedora. Además de que, como dice Lacan, el lenguaje es uno de los encuentros con el mundo.

Debido a lo anterior, durante el tiempo que duro el análisis, en ocasiones, como su terapeuta, fungí como esa madre contenedora del dolor que le causaba el darse cuenta que le hubiera gustado que ambos padres fueran más cercanos, comprensivos y cariñosos con él, que estuvieran para apoyarlo sin ser tan exigentes.

En este estudio particular se puede constatar la teoría en la práctica, ya que la descripción del conflicto psíquico que representa el paciente corresponde en mucho a la descripción que realizan de la neurosis obsesiva los autores aquí abordados.

Esto se relaciona en el cuadro patológico que representa en su forma de relacionarse consigo mismo y con los demás, no permitiendo errores o siendo muy estricto a la hora

de relacionarse. Considera que los demás son incapaces de brindar la misma calidad de apoyo que él. En esto se observa una fuerte dosis de narcisismo que lo conforma.

Ha habido movimientos en los cuales el paciente ya se deja tocar un poco más al momento de relacionarse con los demás, ya no suele ser tan hermético como al inicio de su análisis. Durante el tratamiento debido al material abundante para trabajar se decidió que la frecuencia fueran dos veces por semana.

5.1 CONCLUSIONES

- Con este estudio de caso he comprendido que el hecho de relacionar la teoría con la práctica es un proceso de mucho aprendizaje y nos otorga a nosotros como analistas en formación una tranquilidad de saber lo que estamos haciendo con el sujeto que acude con nosotros a consulta
- Es indispensable conocer las estructuras y estar pendiente de los detalles, de los rasgos estructurales en nuestros pacientes para saber desde dónde podremos comenzar a trabajar y abrir más fácilmente líneas de trabajo que le permitan al paciente elaborar un buen análisis.
- Se puede observar que los eventos traumáticos vividos por el paciente, marcaron de una manera particular su estructura subjetiva.
- Con lo revisado en el caso, en función de la teoría se puede establecer que, como bien lo dice Freud, el exceso de amor que testimonian todos los sujetos obsesivos se origina en ese dispositivo donde la seducción erótica materna constituye un llamado a la suplencia de la insatisfacción.
- Es imposible dar por cerrado el caso; sin embargo, al seguir la metodología, la clínica supervisada, el análisis personal, la lectura de base y complementaria es posible estar al tanto de las manifestaciones del inconsciente. Ayudar al paciente

a destrabar ideas que solo lo hacen sufrir, con la finalidad de hacer más satisfactoria la vida del paciente.

- Habrá que estar dispuesto a ser un buen clínico y un buen analista que esté dispuesto además de escuchar a ser ese contenedor de afectos que necesita el paciente para terminar de constituirse o ayudarlo a encontrarse.
- En lo personal, este estudio de caso me ha dejado mucho aprendizaje como analista en proceso de formación. Aprendí lo que no es un análisis y los detalles a los cuales debemos estar atentos sin dejar de lado el hecho de saber que frente a nosotros se encuentra una persona que viene porque está sufriendo y quiere ser feliz.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa*. Obras Completas Vol. VII Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1896). *La Herencia y la etiología de las neurosis*. Vol. III
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas Vol. XX. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1913-1914). *Tótem y Tabú*. Obras completas Vol. XIII. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras completas Vol. X. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Dor, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Cohen, A., Mrinov, V. y Ménéchal J. (2000). *La Neurosis Obsesiva. Compulsiones y Límites*. Madrid, Ed. Síntesis.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Obras completas. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M. (1931). *Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual*. Obras completas. Barcelona: Ed. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontialis (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Edit. Paidós Iberica.
- Freud, S. (1895). *Obsesiones y Fobias*.
- Freud, S. (1923) *El yo y el ello. Los vasallajes del yo*. Obras completas. Vol. XIX Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (). *El carácter y el erotismo anal*. Obras completas. Vol. IX. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *“Sobre la transmutación de las pulsiones y especialmente del erotismo anal”*. Obras completas. Vol. VI. Buenos Aires Argentina: Editorial Amorrortu.
- Sauri, J. (1983). *Las obsesiones*. Buenos Aires Argentina. Ed. Nueva Visión.

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de una teoría sexual*. Obras completas. Vol. VII. Buenos Aires Argentina. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires Argentina. Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1916-1917). *Conferencia 21. Introducción al psicoanálisis*. Obras completas. Vol. XVI. Buenos Aires Argentina. Ed. Amorrortu.
- Nasio, J. (1991). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires Argentina: Paidós Ibérica
- Lacan, J. (1962) *Seminario 5: "Las formaciones del inconsciente"*. Seminarios de Jacques Lacan. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1963). *Seminario 10: la angustia*. Seminarios de Jacques Lacan. Ed. Paidós.
- Freud, S. (1913). *Tótem y Tabú. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1913). *Sobre la disposición a la neurosis obsesiva. Una aportación al problema de la elección de la neurosis*. Obras completas Biblioteca Sigmund Freud.
- Freud, S. (1916-7). *Lecciones introductorias*. Biblioteca Sigmund Freud. Obras Completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.