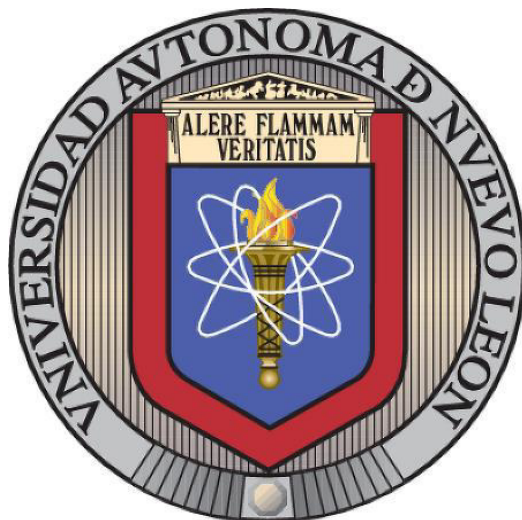


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**“LA INCERTIDUMBRE EN LA VIDA Y EL TEMOR A LA MUERTE”. UN  
CASO DE NEUROSIS OBSESIVA**

**PRESENTA**

**LIC. NEFERTITI PEDROZA GÁNDARA**

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

**DICIEMBRE, 2016**

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



TESIS

“LA INCERTIDUMBRE EN LA VIDA Y EL TEMOR A LA MUERTE”. UN  
CASO DE NEUROSIS OBSESIVA

PRESENTA

LIC. NEFERTITI PEDROZA GÁNDARA

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

DIRECTORA DE TESIS  
DRA. EDITH CHAPA

MONTERREY, NUEVO LEON, MÉXICO

DICIEMBRE DE 2016

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por brindarme todo su apoyo y la oportunidad de lograr la meta de  
terminar mis estudios.

A mi novio, por impulsarme y motivarme cuando no quería seguir, y por enseñarme  
a amar genuinamente la vocación propia.

A mis amigos, por estar siempre al pendiente de mis logros y animarme si alguna  
vez me sentía desmotivada.

A mi hermano, Enrique, por ser un ejemplo a seguir cuando de alcanzar metas se  
trata y por inspirarme en tantos aspectos.

A mi analista, por acompañarme en el proceso de mi formación, tanto de carrera  
como de maestría, y por transmitirme la pasión por el psicoanálisis.

A mis maestros y supervisores de Licenciatura y Maestría, por su dedicación,  
paciencia y esmero en compartirnos sus conocimientos.

¡Gracias!

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es analizar la relación edípica del paciente y su conexión con el temor a la muerte en un caso de neurosis obsesiva. Esto debido a que, desde la primera sesión, el paciente habló sobre sus inquietudes personales; mencionó que lo conflictúa la idea de la muerte (a dónde vamos cuando morimos) y, a decir del analizante, esta situación le genera mucha ansiedad. Para el desarrollo del presente trabajo se tomará como fundamento teórico la perspectiva freudiana con respecto al Complejo de Edipo y a la neurosis obsesiva, ya que el sujeto en estudio posee una estructura obsesiva. En la primera sesión se le propuso al paciente que fueran dos sesiones por semana, sin embargo, por complicaciones en el horario del sujeto, se acordó que sería una sesión semanal: los martes a las 17 hrs, exceptuando asuetos, puentes y vacaciones.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	2
CAPÍTULO I.....	6
INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. ANTECEDENTES.....	8
1.1.1. ETIMOLOGÍA DEL CONCEPTO DE OBSESIÓN.....	8
1.1.2. HISTORIA Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE OBSESIÓN.....	8
1.1.3. LA NEUROSIS OBSESIVA EN LA ACTUALIDAD.....	11
1.2. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.2.2. SUPUESTOS.....	12
1.3. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.....	12
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	14
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
2.1. EL COMPLEJO DE EDIPO.....	14
2.2. LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA.....	17.
2.3. OBSESIONES Y FOBIAS.....	18
2.4. PUNTUALIZACIONES DE LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA.....	19

2.5. ESPECIFICACIONES DE LA NEUROSIS OBSESIVA.....	21
2.6. TEORÍA DE LA NEUROSIS OBSESIVA.....	23
2.7. LOS RASGOS DE LA ESTRUCTURA OBSESIVA.....	24

### CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	27
3.1. MODELO DE INTERVENCIÓN.....	27
3.1.1. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	27
3.1.2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA..	28
3.1.3. EL ESTUDIO DE CASO PSICOANALÍTICO.....	28
3.1.4. EL DISPOSITIVO ANALÍTICO.....	28.
3.1.5. ENCUADRE PSICOANALÍTICO.....	30
3.1.6. PROCESO ANALÍTICO.....	31.
3.2. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	31
3.2.1. INSTRUMENTOS PARA RECABAR	
INFORMACIÓN.....	32
3.2.2. INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN.....	32
3.2.3. PROCEDIMIENTOS.....	32

### CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.....	34
4.1. HISTORIAL CLÍNICO.....	34
4.1.1. RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO.....	34
4.1.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	36

4.1.3. DEMANDA DE TRATAMIENTO.....	36
4.1.4. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL.....	36
4.1.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	36
4.2. ESTRUCTURA SUBJETIVA.....	37
4.2.1. CONTEXTO FAMILIAR.....	37
4.2.2. FIGURAS SIGNIFICATIVAS.....	38
4.2.3. ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA.....	39
4.2.4. EVENTOS SIGNIFICATIVOS.....	40
4.2.5. PERFIL SUBJETIVO.....	41
4.3. CONSTRUCCIÓN DEL CASO.....	42
4.3.1. LA INCERTIDUMBRE EN LA VIDA.....	42
4.3.2. EL TEMOR A LA MUERTE.....	44
4.3.3. EL DESTERRADO.....	46.
CAPÍTULO V	
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.....	47
5.1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA.....	47
5.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS.....	50

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

Dentro del psicoanálisis existen fundamentalmente cuatro tipos de estructuras psíquicas y una de ellas es la neurosis obsesiva. En el presente escrito se exhibirá un caso de estudio que conjunta la teoría con la práctica psicoanalítica, con la finalidad de analizar la estructuración edípica y sus efectos en las fantasías de vida y muerte en un caso de neurosis obsesiva. El lector deberá tomar en cuenta la singularidad del caso, pues desde la perspectiva psicoanalítica, la problemática que se expone puede aparecer en diferente grado en otros sujetos de estructura obsesiva. La importancia de su estudio radica en la posibilidad de una mejor comprensión de la génesis de este tipo de estructura neurótica, así como de los efectos que produce en la vida de estos individuos.

A continuación se presenta la forma en que se expone el presente caso de estudio. Se conforma de cinco capítulos, los cuales se integran de la siguiente manera. El capítulo I introduce la problemática general del caso. Contiene la historia, el contexto y el desarrollo del tema de estudio. Se definen los objetivos (general y específicos) de la intervención, así como los supuestos a partir de los cuales surge la problemática. Por último, se plantean las limitaciones, delimitaciones y la justificación del caso de estudio.

En el capítulo II se presenta la fundamentación teórica relacionada con el tema a desarrollar. En el capítulo III se explica la metodología que se utilizó para la intervención clínica: el método psicoanalítico. Además se menciona el dispositivo analítico y las condiciones en las que se llevó a cabo la intervención. Finalmente se describen las técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados.



El capítulo IV muestra el historial clínico y la estructuración psíquica del paciente. Más adelante se expone la construcción del caso en distintas categorías descriptivas, las cuales se centran en el cumplimiento del objetivo del caso. Cada categoría incluye material clínico y su fundamentación teórica. El capítulo V contiene la síntesis, a modo de discusión y conclusión del caso de estudio. Asimismo, se presentan los beneficios terapéuticos y los resultados obtenidos al finalizar la intervención. Por último, se encuentra una reflexión de la terapeuta acerca de los aprendizajes obtenidos durante el caso y a lo largo de maestría, así como de la experiencia propia en relación a la intervención.

## 1.1 ANTECEDENTES

### 1.1.1. ETIMOLOGÍA DEL CONCEPTO DE OBSESIÓN

El término *obsesión* viene del latín “*ob*” que significa *sobre, encima o contra*; “*sedere*” que significa *estar sentado*, y “*sión*” que significa *acción o efecto* (Diccionario de Etimología, s.f.). Dentro de la Real Academia de la Lengua Española (RAE), *obsesión* se define como una “Perturbación anímica producida por una idea fija”, o una “Idea que con tenaz persistencia asalta la mente” (RAE, 2015). Ahora bien, dentro de la psiquiatría este término se define como una perturbación anímica a causa de una idea recurrente que produce malestar y ansiedad (Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico, 2007).

### 1.1.2. HISTORIA Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE OBSESIÓN

Desde la Edad Media y hasta 1800 no se existía como tal una definición del concepto de *obsesión*, sino que se hablaba de actos mentales que desafiaban la voluntad de las personas, tales como: compulsión, impulsión, superstición, acto contrario, entre otros. Sin embargo, no fue hasta 1883 que Luys acuñó el término de *obsesión* dentro de la medicina. Tiempo después, Esquirol en 1838 clasificó los fenómenos obsesivos como una forma de locura parcial por ser distinta a la locura general (insania). Esquirol ya hablaba de que los síntomas obsesivos se presentaban en contra de la voluntad de los pacientes que experimentaban este padecimiento (Romero-Nieva, 2007).

En 1866 Morel representó las obsesiones como una forma de *delirio emotivo*, el cual era clasificado como una *neurosis* o *enfermedad de las emociones*. Hasta este momento el delirio no era sinónimo de locura, y por ende la neurosis representaba una enfermedad funcional del sistema nervioso autónomo (Huertas, 2013). El énfasis en las emociones fue determinante para diferenciar la obsesión de la teoría alemana, la cual utilizaba el concepto

de *obsesión* como sinónimo de *delirio*. Ahora las neurosis se separaban de la psicosis y dentro de las primeras se incluyeron lo que actualmente se conocen como síntomas somáticos menores, las distintas manifestaciones de ansiedad y las impulsiones. Para finales del siglo XIX, la obsesión se definía como “idea intrusa, reiterativa, resistida, absurda y egodistónica”; mientras que el delirio representaba una “idea patológica caracterizada por la irracionalidad, inamovilidad e imposibilidad del contenido” (Romero-Nieva, 2007).

En Alemania, en 1867 Westphal utilizó el concepto de *Zwangvorstellung* (de *Zwang*, forzar u oprimir; y *Vorstellung*, representación) para describir actos (ideas obsesivas) y representaciones mentales. También utilizó este término como un indicador de las compulsiones (acciones) que las personas desarrollaban en respuesta de dichos actos o representaciones mentales. Posteriormente en Gran Bretaña se tradujo el concepto de *Zwangvorstellung* como *obsesión*, mientras que en Estados Unidos se tradujo como *compulsión*, lo que dio lugar al término de *Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)* definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Romero-Nieva, 2007).

A la par de la distinción entre *obsesión* y *delirio*, surgió la diferenciación entre compulsión e impulsión. Esta última se refería a “todo tipo de acciones paroxísticas, estereotipadas y aparentemente voluntarias”. Por otro lado la compulsión ya describía acciones más bien involuntarias (Romero-Nieva, 2007).

Con la llegada de la teoría psicoanalítica se complementó el desarrollo de la neurosis y el trastorno obsesivo. Inicialmente Freud (1894) separa la neurosis de angustia de las demás neurastenias (estas últimas según Freud tienen un origen sexual). Además, Freud (1895) también hace una distinción entre obsesiones y fobias. Las obsesiones estaban asociadas a

diversos estados emocionales (angustia, cólera, resentimiento o duda); y las fobias estaban gobernadas por la ansiedad (Laplanche & Pontails, 1994).

Desde la perspectiva de Janet (1903), las obsesiones se consideraban como una experiencia subjetiva en el que se experimentaba un *sentimiento de incompletud* y una *insuficiencia de la acción*, los cuales se refieren a las dudas y verificaciones constantes del obsesivo. Janet desarrolló la categoría de *psicastenia*, la cual se incluía dentro de las neurosis (incluyendo la neurastenia) (Pitman, 1987). La *psicastenia o fatiga crónica* (equivalente a la *neurosis obsesiva* de Freud) se caracteriza por ansiedad, obsesiones, sentimiento de irrealidad, tics, insomnio, miedos irracionales, despersonalización, debilidad generalizada, entre otros. Actualmente la neurosis obsesiva es uno de los grandes cuadros de la clínica psicoanalítica (Laplanche & Pontails, 1994).

Finalmente Freud (1896) sitúa el punto de fijación de la neurosis obsesiva en la etapa anal de su teoría psicosexual desarrollada previamente. Para Freud, todas las neurosis (incluyendo la neurosis obsesiva) eran formaciones estructurales de los individuos (un equivalente del concepto de *personalidad*). En el caso del *Hombre de las Ratas* (1909) Freud muestra los caracteres de la neurosis obsesiva, entre los que destaca la inseguridad: el permanecer constantemente en la duda para protegerse.

Durante el siglo XX la perspectiva freudiana predominaba en la psiquiatría, al considerar al TOC como una neurosis de origen emocional dentro de la categoría de *trastornos de ansiedad* del DSM. No obstante, a partir de finales del siglo XX, un conjunto de factores como la eficacia de tratamientos farmacológicos, la ineficacia de las psicoterapias dinámicas y algunos descubrimientos neurobilógicos, ocasionaron un cambio ideológico dentro de la psiquiatría (especialmente la americana) con relación al trastorno obsesivo, que ahora se concebía como una patología predominantemente neurológica.

Como parte de la sintomatología de esta patología se incluía el control de pensamiento y la acción, provocados por una alteración en los ganglios basales y los lóbulos frontales (Laplanche & Pontails, 1994).

### **1.1.3. LA NEUROSIS OBSESIVA EN LA ACTUALIDAD**

A pesar de la ruptura ideológica de la psiquiatría y el psicoanálisis, el trastorno obsesivo todavía hoy en día se considera como una neurosis dentro de los sistemas de clasificación diagnóstica oficiales, siendo parte de los trastornos de ansiedad; aunque la psiquiatría deja de lado el enfoque emocional, para concentrarse en la sintomatología meramente observable. Ahora bien, la perspectiva psicoanalítica sigue apreciando la cualidad emocional de la neurosis obsesiva (y de todos los tipos de neurosis) (Laplanche & Pontails, 1994).

Actualmente la neurosis obsesiva es uno de los grandes cuadros de la clínica psicoanalítica. Este conflicto psíquico se constituye de los síntomas compulsivos: ideas obsesivas, realización de actos indeseables, lucha contra estos pensamientos caracterizados por la rumiación mental, la duda y los escrúpulos. Freud incluyó la especificidad etiopatogénica de la neurosis obsesiva desde tres aspectos fundamentales. El primero está relacionado con los mecanismos de defensa de la psique, que este caso son el desplazamiento del afecto hacia representaciones más o menos alejadas al conflicto original, el aislamiento, y la anulación retroactiva (consiste en la anulación del deseo). El segundo aspecto se relaciona con la vida pulsional: la ambivalencia, la fijación en la fase anal y la regresión. Y el tercer aspecto, desde el punto de vista típico, se refiere a la relación sadomasoquista interiorizada por la tensión entre el yo y un superyó especialmente cruel (Laplanche & Pontails, 1994).

## **1.2. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la Estructuración Edípica y sus Efectos en las Fantasías de Vida y Muerte en un Caso de Neurosis Obsesiva.

### **1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la estructuración edípica y la deuda simbólica en un caso de neurosis obsesiva.
- Analizar los rasgos estructurales más destacados en un caso de neurosis obsesiva.
- Analizar la incertidumbre ante la vida y el temor a la muerte en un caso de neurosis obsesiva.

### **1.2.2. SUPUESTOS**

La relación edípica inicial del neurótico obsesivo es causa de la incertidumbre constante que manifiesta ante la vida y la misma que plantea la posibilidad de muerte para, de esta manera, poder resolver problemas de la vida diaria.

## **1.3. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES**

En el presente estudio de caso es necesario tener en cuenta algunas cuestiones como la singularidad del paciente y las circunstancias en las que se llevó a cabo el tratamiento. Se debe tomar en cuenta que las características descritas en este caso pudieran no estar presentes, o manifestarse de manera distinta en otro sujeto con la misma estructura psíquica.

El periodo de tratamiento del presente caso comprende el primer año del mismo. Al inicio se le propusieron al paciente dos sesiones por semana, sin embargo, debido a complicaciones en el horario del paciente, únicamente se llevó a cabo una sesión cada semana.

La intervención se llevó a cabo en la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), lo que implica ciertas limitaciones, ya que se filtra el ruido del exterior (se escuchan las conversaciones de los otros consultorios o de la gente que está en los pasillos) y en algunas ocasiones esto ha ocasionado que el paciente pregunte si es probable que los demás también puedan escuchar sus conversaciones. De igual manera, fue necesario ajustarse a las fechas de servicio establecidas por la institución: durante los asuetos, puentes o periodos vacacionales no se realizó el trabajo analítico.

Las sesiones se llevan a cabo únicamente dentro de las instalaciones de la USP, por lo que el analista no se encarga de recibir los pagos de las sesiones, siendo que la clínica es la que se ocupa de ello. Por otro lado, la profundidad del trabajo aquí realizado dependerá en parte de la constancia con la que se lleven a cabo las sesiones, y del número total de sesiones que se susciten a lo largo de un año.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo tiene como objetivo el desarrollo y enriquecimiento de la teoría psicoanalítica, por lo que se utilizará el estudio de caso como método de investigación. Dentro del psicoanálisis la justificación del estudio se plantea en referencia a la singularidad del caso; es decir, los elementos que ocasionan una problemática en la vida del sujeto que se analiza. Pero a su vez, se involucran los aspectos socioculturales que se manifiestan dentro de la sociedad en la que vive dicho sujeto.

El mismo Freud siguió este método dentro de la clínica con sus pacientes, pues el método estadístico no se había utilizado en la medicina, sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial. “El seguimiento caso por caso es la antigua norma de la medicina, de

regla en el psicoanálisis, y como método de investigación es especialmente válido como ejemplar para el desarrollo de hipótesis de interpretaciones” (Bodni, 2001).

La finalidad del estudio de caso es ejemplificar la teoría existente con un caso real, en el que sea posible observar un rasgo que conlleve a la comprensión del origen del mismo, y que provoque nuevos cuestionamientos sobre lo que todavía no se ha dicho. La importancia del tratamiento psicoanalítico reside en una mejor comprensión de la problemática del paciente. El psicoanálisis es ideal para el tratamiento e investigación de un caso, ya que no solamente se trata del uso de la terapéutica y tampoco se reduce a la creación teórica, sino que implica una conjunción de ambas cosas (Gallo & Elkin, 2012).

Ahora bien, los favorecidos con el presente estudio de caso no solamente serán los psicoanalistas, sino también los investigadores interesados en los temas de la cultura y la sociedad, pues la problemática que aqueja a un individuo es producto tanto de su subjetividad como de los aspectos socioculturales que lo rodean (la dinámica familiar y la cultura de la sociedad).



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este apartado se resumirán todos los escritos de Freud relacionados con el tema de la neurosis obsesiva, con la finalidad de brindar el marco teórico de la presente investigación. Los trabajos aquí exhibidos sobre la neurosis obsesiva serán: *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias) (1894); Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología (1895); Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896); Acciones obsesivas y prácticas religiosas (1907); A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909); La predisposición a la neurosis obsesiva*. Asimismo, con el objetivo de aclarar algunos conceptos teóricos se resumirá el texto de *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis* de Joel Dor (1991). Antes de hablar de la neurosis obsesiva se desarrollará de manera general el tema del *Complejo de Edipo* desde la concepción freudiana, que también forma parte de la fundamentación teórica.

#### 2.1. EL COMPLEJO DE EDIPO

Desde los inicios de la teoría freudiana ya se hacían evidentes, en los estudios de caso con sus pacientes, los deseos incestuosos y hostiles del infante hacia sus padres, sin embargo el desarrollo de la teoría edípica se concretó mediante su autoanálisis, haciéndolo público a través de la carta que le escribe a su amigo Fliess. En dicha carta confiesa sentirse influenciado por el mito griego de *Edipo Rey*, ya que y él mismo y “todo el mundo” reconoce que sus conflictos tienen indicios en la infancia (Freud, 1897). Además, a partir de este momento, Freud ya expresa firmemente la existencia de una singularidad en la trama de cada individuo.

Hasta ese momento Freud no había brindado una conceptualización como tal de estas inclinaciones amorosas y hostiles mostradas por el infante. Fue a partir de su texto *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre* (1910) que Freud le otorga el nombre de *Complejo de Edipo* a tales manifestaciones. En el texto afirma que el infante varón desarrolla una particular ternura por la madre, quien satisface todas sus necesidades y se convierte en su fuente de bienestar; por otro lado se observa una rivalidad hacia su padre en una lucha por el amor de la madre (y el temor a ser castrado). En cuanto a la niña afirma que la madre representa un estorbo para establecer el vínculo amoroso con el padre y ocupa un lugar que muy bien ella podría llenar. Se percata de que ella no tiene el pene, al igual que el padre, lo que le genera una sensación de falta (fantasía de castración).

En el proceso de elección del objeto de amor no todo es blanco y negro, sino que, a saber de Freud, también se manifiestan deseos amorosos hacia el progenitor del mismo sexo, y celos y hostilidad hacia el del sexo opuesto. Esto da cuenta de la ambivalencia que el infante siente hacia sus padres y de los componentes hetero y homosexuales del individuo (Freud, 1910).

El Complejo de Edipo es crucial en la *etapa fálica* (de los tres a los cinco años), pues es el momento en el que el falo representa la amenaza de castración, cuya función es definitiva para la *entrada* del Complejo de Edipo en la niña y el *sepultamiento* del mismo en el niño (Freud 1924). Bajo la amenaza de castración (en el varón), o la idea de haber sido castrada (en la niña), las investiduras de objeto que fueron depositadas sobre los padres, son abandonadas y resignadas. Esta resignación se sustituye por una identificación con el progenitor del mismo sexo (Freud, 1915-1916).

Como resultado de la resolución (o sepultamiento) del Complejo de Edipo, nace una nueva instancia psíquica: el Superyó, el cual representa la identificación formada. A partir

de dicha instancia se establecen rasgos femeninos y masculinos (tanto en el niño como en la niña) de ambos padres, los cuales contribuirán a la formación del carácter del Yo y a la sexualidad del sujeto. El Superyó integra los valores y principios morales del sujeto (la ley de la prohibición) (Freud 1923).

Al Complejo de Edipo le sigue una etapa de *latencia* en la que sobresale un estado de represión de la sexualidad y después con la pubertad y la adolescencia se experimenta una reedificación del conflicto edípico, en la que se eligen nuevos objetos de amor que ya no son los padres en sí mismos, sino personas con características similares a ellos (Freud 1921).

En síntesis, el Complejo de Edipo es una relación triangular entre el padre, la madre y el niño(a), cuyas principales funciones son: a) el hallazgo de un objeto de amor que resulta de las investiduras primarias de objeto; b) la consolidación de identificaciones secundarias que resultan del Complejo de Edipo tras haber resignado a los padres como objetos incestuosos; c) el acceso a una genitalidad en la pubertad y adolescencia; d) y la consolidación de las diferentes instancias, especialmente la del superyó (como introyección de la ley paterna) que marca la prohibición del incesto, así como la constitución del ideal del yo.

## **2.2. LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA**

En este texto Freud introduce el concepto de la neurosis obsesiva, presentando las generalidades de la formación de dicha estructura. Comienza diciendo que las representaciones obsesivas devienen a partir de un suceso que ocurre en la infancia y que resulta inconciliable para la conciencia (al igual que la histeria). Lo que ocurre es que se desprende el afecto de la representación inicial (el suceso que resulta inconciliable para la conciencia). La representación se reprime y queda separada de la conciencia, pero su afecto, liberado, se arraiga a otras representaciones que no son inconciliables como tal para

la conciencia; a este movimiento Freud lo llama *enlace falso*. El afecto trasladado sigue siendo de la misma intensidad que cuando se experimentó el evento inconciliable; este último sin embargo sí ha sido contenida. A este evento, Freud explica que es la vida sexual la que provoca la emergencia de las representaciones inconciliables.

Según Freud, los sujetos de estructura obsesiva, cuando les emerge la representación inconciliable intentan a toda costa desprenderse de la misma (olvidarla) de manera voluntaria; hecho que desencadena la producción del enlace falso. Sin embargo, no todos estos sujetos tienen tan claro el origen de sus representaciones sexuales inconciliables y solamente manifiestan su sufrimiento por las representaciones obsesivas sustitutivas. Aunque, debido a que el afecto trasladado a las representaciones obsesivas sustitutivas resulta ser excesivo para la dimensión de dichas representaciones, los sujetos obsesivos se asombran de la magnitud del afecto relacionado con estas. “Por ejemplo, una angustia liberada, cuyo origen sexual no se debe recordar, se vuelca sobre las fobias primarias comunes del ser humano ante ciertos animales, la tormenta, la oscuridad, etc., o sobre cosas que inequívocamente están asociadas con lo sexual de alguna manera, como el orinar, la defecación, el ensuciarse y el contagio en general.” (Freud, p. 12, tomo III).

### **2.3. OBSESIONES Y FOBIAS**

De acuerdo a Freud, uno de los estados emotivos más representativos de los obsesivos es la duda constante sobre muchas cosas, ya sea al mismo tiempo o de manera sucesiva. En algunos casos el estado emotivo permanece idéntico, pero la representación (idea) cambia; aunque en otros casos la idea permanece fija, al igual que el afecto. Con todo, en los pacientes obsesivos siempre es posible encontrar el origen de la obsesión, ya que las

representaciones sustitutivas poseen caracteres comunes, pues conciernen a las huellas inconcebibles de la vida sexual del sujeto.

Existe una diferenciación entre las fobias y las obsesiones. En las primeras el estado emotivo es por excelencia la ansiedad y el temor, además de ser monótonas y típicas; mientras que las obsesiones son múltiples y más especializadas. Empero las fobias y obsesiones pueden combinarse, lo que ocurre de manera muy frecuente.

#### **2.4. PUNTUALIZACIONES DE LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA**

En el presente texto Freud habla de la etiología de las neurosis. Con respecto a la neurosis obsesiva, afirma que, a diferencia de la histeria, los individuos obsesivos experimentan sus vivencias sexuales infantiles de manera activa y placentera; además agrega que es probable que debido a esto la estructura obsesiva se presente más en el sexo masculino. A partir de esto Freud explica que las representaciones obsesivas siempre son *reproches* que regresan de la represión que, como se mencionó anteriormente, se refieren a una acción sexual de la infancia temprana que fue percibida con placer.

Las representaciones obsesivas se forman en un proceso de tres periodos. El primero ocurre en la primera etapa de la infancia, en las palabra de Freud, “periodo de la inmoralidad infantil” (p. 41, tomo III). En este lapso, acontecen las vivencias de seducción infantil (pasivas) que más tarde posibilitan la aparición de la regresión. Tiempo después (más adelante en la infancia) aparecen como tal las experiencias placenteras de agresión sexual hacia el sexo contrario, las cuales se convertirán en autoreproches para el individuo. Este periodo termina en la maduración sexual e inicia el segundo periodo, cuando el recuerdo de las acciones placenteras, en conjunto con el de las acciones pasivas, facilita

reprimir el reproche y reemplazarlo por un *síntoma defensivo primario* como: vergüenza y desconfianza en sí mismo. Durante el tercer periodo el obsesivo goza de una salud aparente, sin embargo únicamente significa que se ha conseguido instaurar la defensa psíquica.

Para el cuarto periodo ya comienza a evidenciarse el padecimiento, ya que sucede el *retorno de los recuerdos reprimidos*. Esto debido a que falla la defensa, aunque menciona Freud que no estaba muy claro si los recuerdos regresan espontáneamente, o bien, como efecto secundario de ciertas perturbaciones sexuales de la actualidad. Por otro lado, estos recuerdos no sobrevienen a la conciencia de manera intacta, sino que se crean unas *formaciones de compromiso* entre las representaciones reprimidas y las represoras.

Ahora bien, según Freud existen dos formas de neurosis obsesiva dependiendo de si se mantiene en la conciencia sólo el recuerdo de la acción-reproche, o también el afecto-reproche relacionado con la acción. La primera forma de neurosis obsesiva se caracteriza porque la atención del sujeto se centra en el contenido de las representaciones obsesivas, y el afecto (reproche) sólo consta de un displacer impreciso. El contenido parece doblemente desfigurado, respecto de la acción obsesiva de la infancia (la originaria), puesto que algo actual reemplaza lo pasado y porque lo sexual es sustituido por algo no sexual. Por el contrario, en la segunda forma de neurosis obsesiva, el individuo se concentra en el reproche (afecto), el cual se sustituye por otro (como se mencionó anteriormente): vergüenza, angustia hipocondríaca (por las secuelas corporalmente nocivas de la acción originaria), angustia social (el castigo que impondrá la sociedad), la angustia de tentación (justificada desconfianza en la propia capacidad de consistencia moral).

Además de las *formaciones de compromiso*, en la neurosis obsesiva se desarrollan otros síntomas de origen heterogéneo, llamados *defensa secundaria*, con el objetivo de protegerse de los retoños del recuerdo inicial reprimido. Cuando estas medidas defensoras consiguen volver a reprimir los síntomas del retorno, se da lugar a las *acciones obsesivas* (compulsiones), las cuales no son primarias, ni constituyen una agresión. Las compulsiones se explican a partir del recuerdo obsesivo que éstas combaten.

La *defensa secundaria* puede tener éxito si se desvía la atención hacia otros pensamientos de carácter contrario al de las representaciones obsesivas, o si el individuo intenta invocar sus recuerdos conscientes para brindarle una explicación lógica a sus tales representaciones. Lo anterior conlleva a la *compulsión de pensar y examinar* y a la *manía de la duda*. Otras de las acciones obsesivas que se pueden experimentar en una neurosis obsesiva son: *medidas expiatorias* (rituales, observación de números), *preventivas* (fobias, superstición, meticulosidad), *miedo a traicionarse* (coleccionar papeles, misantropía), *aturdimiento* (alcoholismo). Los casos graves de neurosis obsesiva terminan en la fijación de rituales, o en una manía de duda universal, o en una vida condicionada por las fobias.

## **2.5. ESPECIFICACIONES DE LA NEUROSIS OBSESIVA**

Freud comienza aportando las especificaciones de los rituales neuróticos. Argumenta que el ritual neurótico “consiste en pequeñas prácticas, agregados, restricciones, ordenamientos, que, para ciertas acciones de la vida cotidiana, se cumplen de una manera idéntica o con variaciones que responden a leyes” (p. 28, tomo IX), aunque en realidad parecieran ser meramente formalidades y faltos de significado. En los sujetos obsesivos también se presentan estos rituales (pues casi siempre las acciones obsesivas provienen de

éstos), pero con la particularidad de que con cualquier desvío o incumplimiento de los mismos, se manifiesta la angustia insoportable y la necesidad de remediar la omisión.

Posteriormente habla de que tanto las compulsiones (tener que hacer algo), como las prohibiciones (no tener permitido hacer algo), de inicio, únicamente repercuten en las actividades individuales de las personas; hasta mucho tiempo después afectan su vida social. Esto ocurre porque prefieren lidiar solos con su padecer, además de que a algunos se les facilita ocultarlo debido a que logran cumplir con todos sus deberes sociales.

Por otra parte, Freud expresa que existen tanto semejanzas como diferencias en relación a los rituales neuróticos y a las acciones del rito religioso. En cuanto a las semejanzas, refiere 1) la aparición de la angustia de la conciencia moral cuando se omiten determinados aspectos del ritual, 2) la prohibición de ser perturbado y 3) la minuciosidad con la que se ejecutan los detalles. Por el contrario, las diferencias recaen en que 1) los protocolos neuróticos pueden ser de gran variedad; mientras que los ritos religiosos cumplen con un estereotipo riguroso. 2) Las acciones neuróticas mantienen una condición privada y las prácticas religiosas son de carácter público, y 3) la más importante: el ceremonial religioso tiene un sentido y un simbolismo social, a diferencia del ritual obsesivo que carece de sentido y se privilegia de la necesidad.

La última diferencia anteriormente planteada, se podría erradicar mediante la técnica psicoanalítica, penetrando las acciones obsesivas hasta entenderlas. Mediante esta técnica se descubre el fundamento de la aparición de las compulsiones y se halla el sentido de las mismas, pues según la teoría, las acciones obsesivas sirven a los intereses de la personalidad y a los motivos inconscientes, ya sea de manera directa o simbólicamente.



En otro tema, los individuos obsesivos actúan como si los gobernara una *conciencia de culpa* de la que no están enterados (es inconsciente), la cual tiene su origen en los procesos anímicos de la infancia, no obstante, se alimenta constantemente de la *tentación* y provoca una *angustia de expectativa* por la constante creencia de que aparecerá un castigo si se llega a caer en dicha tentación. Al inicio del ritual, el sujeto se siente obligado a hacer algo para que no ocurra una desgracia, esto es, una *acción de defensa o aseguramiento*.

La base de la neurosis obsesiva es la *represión de una moción pulsional* de carácter sexual y “El influjo de la pulsión reprimida es sentido como tentación, y en virtud del propio proceso represivo se genera la angustia, que se apodera del futuro como una angustia de expectativa”; por este motivo el sujeto está en constante empeño de contrarrestar la embestida de la pulsión.

Una vez que ocurre el enlace falso en la neurosis obsesiva, se da cuenta de que el mecanismo defensivo de este tipo de estructura es el *desplazamiento* (del afecto). Ahora bien, la cultura influye en la constitución de la represión de lo pulsional, como cuando las religiones inducen a las personas a evitar su placer pulsional, en muestra de su entrega ante la divinidad.

## **2.6. TEORÍA DE LA NEUROSIS OBSESIVA**

Freud hace algunas adecuaciones con respecto a la teoría de la neurosis obsesiva, aunque en esencia, permanece igual. Inicialmente se refiere a las *representaciones obsesivas* como *pensar obsesivo*, ya que según su juicio es más atinado llamarle así por su cualidad diversa (pueden ser deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandamientos y prohibiciones). También expone que las *formaciones de compromiso* que

surgen en la defensa secundaria, debían nombrarse ahora *delirios*, pues en algunos casos (como el de el Hombre de las Ratas), se trata de un pensar patológico que crea una irrealidad (ilusiones visuales, etc).

Más adelante Freud aclara y sintetiza un poco la defensa primaria y secundaria: “La representación obsesiva fue rechazada logradamente la primera vez, retorna entonces otra vez en forma desfigurada, no es discernida, y quizás a causa de su desfiguración, justamente, puede afirmarse mejor en la lucha defensiva” (p. 57, tomo X).

Además introduce en su teoría un concepto más sobre la neurosis obsesiva: la *técnica de desfiguración por elipsis* (por omisión) que consiste en asumir que los pensamientos o acciones propias tienen una fuerza omnipotente como para causar un daño o cambiar el futuro (lo cual es una característica típica de los obsesivos). Un ejemplo de esto sería asumir que sucederá una tragedia por el simple hecho de permitirse tener una fantasía sexual.

En referencia a la represión, Freud agrega que en la neurosis obsesiva ésta no se produce por amnesia (como sucede en la histeria); más bien por el desprendimiento de los nexos causales, en respuesta de la sustracción de afecto. Debido a que los que padecen de este tipo de neurosis no entienden mucho de lo que les sucede, Freud identificó algunas necesidades que surgen en estos individuos. La primera necesidad es la de encontrar racionalizaciones sobre las supersticiones que muestran; otra necesidad anímica es la incertidumbre en la vida (duda constante); y como última necesidad plantea la posibilidad de muerte para que puedan resolver problemas de la vida diaria.

## 2.7. LOS RASGOS DE LA ESTRUCTURA OBSESIVA

Joel Dor, en su texto *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*, pone de manifiesto los rasgos estructurales de la neurosis obsesiva, entre los cuales describe el “carácter imperioso de la *necesidad* y del *deber*”. Las obsesiones aparecen como reproches disfrazados que el sujeto se dirige así mismo con relación a una actividad sexual infantil que produjo placer. Sin embargo, los síntomas específicos de las obsesiones se deben al modo de inscripción psíquica de dicha actividad libidinal infantil *frente al deseo de la madre*. Según Freud este evento libidinal infantil se trata de una agresión sexual, seguida por una fase de seducción; lo cual explica la *ambivalencia* que el sujeto experimenta (los reproches y al mismo tiempo el placer).

Las mociones pulsionales libidinosas retornan posteriormente como representaciones y afectos obsesivos. Estos últimos constituyen los síntomas primarios de defensa en la neurosis obsesiva. El *Yo* reacciona ante dichas representaciones obsesivas y moviliza la aparición de los síntomas secundarios de defensa.

El elemento etiológico de la estructura obsesiva es la *seducción materna*, pues siempre es la madre la que *erotiza* al niño en el sentido de que se encarga de los cuidados y la satisfacción de sus necesidades (se instaura el contacto físico al cambiarlo o alimentarlo). En esta etapa el niño es objeto de una *seducción erótica pasiva* por parte de la madre. Gracias a dicha seducción pasiva el sujeto instaura una *identificación fálica*, en la que percibe *ser* el falo, aunque más adelante, cuando aparece la *Ley del Padre* el individuo encara el pasaje decisivo del *ser* al *tener*. Sin embargo, encarar este proceso le genera una problemática con el padre y con toda figura que en un futuro le reactive una imago paterna.

El hecho de aceptar *tener* pero no *ser* el falo es experimentado en una dimensión de insatisfacción. Es decir, el deseo del niño por la madre es lo que despierta su propio deseo insatisfecho. Comúnmente el deseo se separa de la necesidad para darle lugar a la demanda, sin embargo, en el caso del obsesivo, la madre no le da tiempo de espera para que se llegue a articular la demanda. Es debido a esto que el obsesivo mantiene una constante *marca imperiosa de la necesidad*, y al mismo tiempo *falla en la expresión de su demanda*; el obsesivo intenta que los demás adivinen lo que éste desea, pues no logra demandar por sí mismo.

La imposibilidad de articular la demanda lo conduce a *tener que* aceptarlo todo, principalmente cuando ocupa el lugar del goce del otro (hacerse sadizar por el otro). Ahora bien, es a través de la *queja* repetitiva que el obsesivo logra asumir su propio goce, el cual se ve reflejado mediante las *manifestaciones reactivas* (rumiaciones ante la adversidad). Su disposición a ser el objeto del goce del otro representa una fijación erótica en la etapa infantil, en la que el sujeto era el hijo privilegiado de la madre.

El síntoma característico de dicha fijación es la *culpabilidad*, la cual evoca el momento de la castración. La culpa se genera por ese privilegio casi incestuoso que la madre le otorga al niño en este momento. Debido a esto, el obsesivo continuamente se enfrenta al temor a la castración, lo cual se representa por una culpabilidad *simbólica*, cuyas manifestaciones más significativas se expresan en la *problemática de la pérdida* y de la relación con la figura paterna: además de ser *todo para el otro*, el obsesivo debe *controlar y dominar todo* para que el otro no se vaya y *él no pierda nada*, pues la pérdida implica re-experimentar la castración.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS**

#### **3.1. MODELO DE INTERVENCIÓN**

El modelo de intervención para el abordaje clínico del presente estudio es el método psicoanalítico, el cual implica el establecimiento de las condiciones para iniciar un proceso psicoterapéutico que ofrezca la información significativa necesaria para establecer una relación de diálogo que permita, tanto al analizante como al analista, alcanzar niveles de concienciación para elaborar las problemáticas psíquicas (Vanegas & Muñiz, 2015).

El tratamiento terapéutico instruido dentro del dispositivo analítico fue tomado como base para el reporte clínico y éste será expuesto desde una perspectiva conceptual. Se partirá del supuesto psicoanalítico de la concepción del sujeto escindido, es decir, inconsciente y como estrategia de abordaje se describirán las características de este sujeto.

Se debe tomar en cuenta que la división que se presenta a continuación tiene un valor expositivo, pues en la práctica clínica las fragmentaciones se pierden y la experiencia aparece como un todo integrado.

##### **3.1.1 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

La investigación cualitativa es un conjunto de prácticas interpretativas que contribuyen a un mejor entendimiento del tema de estudio: lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos naturales) e interpretativo (ya que intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los

significados que las personas les otorguen) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Proporciona profundidad en los datos, dispersión, riqueza interpretativa contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas, en donde la recolección de datos consiste en obtener las perspectivas y los puntos de vista (emociones, experiencias y significados (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

### **3.1.2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

El objetivo de la investigación cualitativa es describir, interpretar y comprender los fenómenos, a través de las percepciones y significados elaborados por las experiencias del analizante y el analizado (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

### **3.1.3. EL ESTUDIO DE CASO PSICOANALÍTICO**

El estudio de caso psicoanalítico es un procedimiento interpretativo a modo de narrativa de lo sucedido, ilustrado con viñetas más que con citas textuales, aunque en ocasiones es preciso incluir diálogos literales con el fin de detallar aspectos específico que resultan cruciales para el entendimiento del caso. Se debe dar cuenta de las intenciones del analista, así como del proceso psicoanalítico mediante el reporte del caso (Castillo & Gómez, 2004).

### **3.1.4. EL DISPOSITIVO ANALÍTICO**

Dentro del dispositivo analítico se trabaja con varias recomendaciones técnicas que facilitan el análisis y que son determinantes para que el proceso se realice correctamente. A continuación se definirán dichas técnicas, las cuales se hicieron presentes en el este caso.

**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 o cualquier otra representación), o bien, de forma espontánea (Laplanche & Pontails, 1994).

**Atención flotante.** Forma en que, según Freud, el analista debe escuchar al analizado. No debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso del sujeto, lo cual implica que el analista debe escuchar lo más libremente posible, sin que su propia actividad inconsciente preste lugar a las motivaciones que habitualmente dirigen su atención. Esta recomendación es la contraparte de la regla de asociación libre que es llevada a cabo por el analizante (Laplanche & Pontails, 1994).

**Neutralidad.** Representa una de las cualidades que definen la actitud del analista durante el tratamiento. Debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera; así como abstenerse de todo consejo. Además debe ser neutral en cuanto a las manifestaciones transferenciales: “no entrar en juego con el paciente”. Por último, el analista debe ser neutral en referencia al discurso del analizante, es decir, no realizar prejuicios teóricos a un determinado discurso o tipo de significación (Laplanche & Pontails, 1994).

**Abstinencia.** Principio según el cual el tratamiento analítico debe ser dirigido de tal manera que el paciente encuentre el mínimo posible de las satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. Para el analista esto implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. Este principio puede ocasionar en ciertos momentos el entorpecimiento de la labor analítica u ocasionar comportamientos repetitivos del paciente que alientan el proceso (Laplanche & Pontails, 1994).

### 3.1.5. ENCUADRE PSICOANALÍTICO

El encuadre representa la base del proceso analítico. Marta Gerez (2006) afirma que sostener la transferencia y la escucha implica realizar una re-creación de los tiempos de las sesiones y la frecuencia semanal de las mismas, y se atiende a la singularidad del deseo y el goce del paciente. La escucha del analista en conjunto con la demanda del analizante hace a la transferencia y en esta, a su vez, se juegan los tiempos de la escucha que moldean los tiempos de la demanda. El pago de las sesiones está muy relacionado con lo anterior. El analista debe tener presente la “deuda” que genera la demanda al Otro. Dicha deuda (pago) implica dinero y éste es el patrón de medida que crea equivalencias que permiten el intercambio, lo que al mismo tiempo supone el rechazo al goce.

En referencia a la frecuencia de las sesiones, ésta se debe estipular considerando caso por caso, dependiendo de las necesidades de cada analizante. En muchos casos lo óptimo son dos sesiones por semana, sin embargo en ocasiones, debido al nivel socioeconómico de la población, es posible acordar sólo una sesión por semana; siempre y cuando el tiempo de la transferencia y la escucha analítica puedan entrelazarse con la demanda del analizante. Sin embargo, es necesario dejar abierta la posibilidad de aumentar el número de sesiones en momentos cruciales del análisis.

### **3.1.6 PROCESO ANALÍTICO**

**Transferencia.** Consta de una “puesta en acto, por la experiencia analítica, de la realidad del inconsciente” (Roudinesco & Plon, 1998, pág. 1105). Representa el terreno en el que se desenvuelve la problemática de una cura psicoanalítica y se caracteriza por la instauración, interpretación y resolución de la transferencia (Laplanche & Pontails, 1994).



**Resistencia.** Todo aquello que, mediante acto o discurso del sujeto, interfiere en el proceso analítico (en el acceso al inconsciente) (Laplanche & Pontails, 1994).

**Elaboración.** Trabajo realizado por el aparato psíquico del paciente, cuya finalidad es controlar las excitaciones que experimenta y que constituyen un peligro de resultar patógenas. El objetivo es integrar dichas excitaciones y establecer cadenas asociativas entre ellas (Laplanche & Pontails, 1994).

**Intervención.** Adquiere el estatus de interpretación en la medida que facilite la producción de cierto saber, de un nuevo sentido, o de un cambio en la posición subjetiva del analizante. Se origina desde el inconsciente del analista y se conjunta con el del analizante, para que al momento de encontrar un sin sentido, se genere un eco que permita la producción de otro equívoco y que a partir de ello se inicie la búsqueda de la verdad (Aguado, Aranda & Ochoa, 1999).

## **3.2. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Las técnicas y estrategias de intervención son herramientas operativas, a través de las cuales el analista accede al discurso del analizante. Se les otorga un carácter instrumental debido a que gracias a estos medios se obtiene a información base para la intervención clínica (Vanegas & Muñiz, 2015).

### **3.2.1. INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN**

**Ficha de identificación.** Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, religión del analizante, etc.

**Discurso del analizante (asociación libre).** Se le solicita al paciente que hable sobre todo lo que piensa y siente, sin discriminación ni omisión de nada de lo que le venga a la mente; a pesar de que le resulte desagradable o le parezca carente de sentido, ridículo o inoportuno (Laplanche & Pontails, 1994).

**Viñeta clínica.** Registro escrito del discurso del paciente y del analista en cada sesión del proceso analítico.

**Preguntas sobre datos específicos.** Tienen la función de aclarar y ampliar la información proporcionada por el paciente.

### **3.2.2. INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN**

**Interpretación.** Supuesto realizado por medio de la investigación clínica, acerca del sentido latente que existe en las manifestaciones verbales y comportamentales del sujeto. Una de sus finalidades es sacar a relucir las problemáticas inconscientes que se producen a partir de vivencias infantiles (Laplanche & Pontails, 1994).

**Señalamiento.** Es una indicación efectuada a partir de una observación; implica una llamada de atención hacia el analizante, con el objetivo de que brinde más información sobre un evento, o se percate de algo (Etchegoyen, 1986).

**Confrontación.** Opera como un señalamiento en el sentido de que se le hace notar al paciente que existen dos elementos contrapuestos, con la intención de posicionarlo en un dilema y dar paso a una contradicción (Etchegoyen, 1986).

**Construcción.** Pretende juntar varios elementos para formar un todo. Invoca al pasado, pues intenta descubrir una situación histórica que fue determinante en la vida del analizante (Etchegoyen, 1986).

### **3.2.3. PROCEDIMIENTOS**

**Método.** Asociación libre.

**Formas de intervención.** Señalamientos, confrontaciones e interpretaciones.

**Frecuencia por semana.** Una sesión por semana.

**Honorarios.** \$100.00 por sesión.

**Tiempo.** 45 minutos por sesión.

**Condiciones institucionales.** El trabajo analítico se lleva a cabo de manera presencial, en un cubículo de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El pago lo realiza el paciente en recepción y el recibo se entrega al analista.

## CAPÍTULO IV

### ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

#### 4.1. HISTORIAL CLÍNICO

##### 4.1.1. RESUMEN GENERAL DE CASO CLÍNICO

En el presente escrito se relata el caso de un joven de 17 años, al que se le nombrará “Diego”, quien es originario de Monterrey. Actualmente estudia el segundo semestre de la carrera de Artes Visuales en la Universidad Autónoma de Nuevo León y vive con su madre y su hermana mayor (20 años de edad). Sus padres están separados desde que él tenía ocho años, por lo que su padre vive en otra casa con su actual pareja (también en Monterrey). Su madre también tiene otra pareja, sin embargo describe el paciente que debido a que ni los hijos de la pareja de su madre, ni ellos mismos (el paciente y su hermana) se acoplaron a vivir juntos, decidieron mejor vivir cada quien en su propia casa (con sus respectivos hijos).

Decidió acudir a la Unidad de Servicios Psicológicos de la UANL por voluntad propia y a raíz de una situación que, a decir del paciente, le ocasiona malestar y cierta imposibilidad (en algunas ocasiones) para llevar a cabo de manera usual sus actividades cotidianas. El motivo de consulta es que Diego refiere sentir en ocasiones mucha ansiedad, la cual se manifiesta principalmente cuando discute con su madre (aunque en general le sucede cuando está molesto) y cuando piensa en la muerte y en la incertidumbre de la vida.

Cuando se le cuestiona acerca de los síntomas de lo que refiere como *ansiedad*, el paciente menciona que se siente impaciente, sin ganas de salir de su casa y específicamente de su cama (de su habitación), además de molestia ante la idea de tener que “lidiar” con más gente; motivo por el cual decide no asistir a clases ni salir de su casa cada que siente mucha ansiedad. Diego afirma que esto no sucede muy seguido, aunque cuando se indaga más sobre la frecuencia de estos síntomas, confiesa que ocurre aproximadamente cada mes.

Declara que le “irrita” que su madre constantemente le reproche que no la ayuda lo suficiente con los labores de casa y que desea “controlar” algunos aspectos de su vida, por ejemplo, el hecho de que falte a la Universidad cuando se siente *ansioso*. Indagando más sobre este aspecto, Diego refiere sentirse incomprendido por su madre: “no comprende

cómo me siento y sólo me quiere obligar a ir al escuela”. Describe a su madre como una mujer de carácter fuerte, a quien no le gusta que las cosas se salgan de *control*. Además, siempre está al pendiente de sus hijos. Por otro lado su padre parece estar más ausente. Dado que no viven con su padre, el paciente y su hermana únicamente lo ven una vez a la semana (los martes) para ir a comer o cenar; además intenta mandarle mensajes todos los días, pero no siempre sucede. Al indagar si el padre sabe de cómo se siente el paciente (con relación a la ansiedad), afirma que sí, pero que no sabe los detalles y asevera que “no tiene caso que los sepa porque de todas maneras no puede hacer nada al respecto”.

Por otro lado se indagó sobre las relaciones de pareja que ha tenido el sujeto. Sin embargo Diego refiere *nunca* haber tenido una pareja *seria*. Solamente ha salido con dos chicas en el pasado y actualmente no sale con nadie. El paciente terminó ambas relaciones debido a que las dos, en algún punto, le parecieron “aburridas”. Indagando más sobre el término que utilizó, Diego dice que la primera chica era muy seria y callada y casi no quería salir; prefería estar en casa viendo películas o afín y que por este motivo le aburrió. La segunda chica no era tan seria y era más extrovertida, además sí le gustaba salir, pero al final se aburrió de ella porque no podía platicar con ella de temas más interesantes; menos “triviales”, en palabras del paciente. Refiere que actualmente le interesaría salir con una chica que fuera *diferente*. Con este término se refiere a que la persona debe tener una condición poco común y en este sentido hizo alusión así mismo: “como yo que tengo el problema de ansiedad, que considero que pocas personas padecen algo así”.

Diego refiere sentir en ocasiones mucha ansiedad, la cual se manifiesta principalmente cuando discute con su madre (aunque en general le sucede cuando está molesto) y cuando piensa en la muerte y en la incertidumbre de la vida.

#### **4.1.3. DEMANDA DE TRATAMIENTO**

El paciente busca que alguien lo ayude a liberarse de las demandas de su madre, de *ser el hombre de la casa*. Además de una guía que lo ayude a determinar quién debe ser o qué debe hacer en la vida.

#### **4.1.4. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL**

El paciente menciona que se siente impaciente, sin ganas de salir de su casa y específicamente de su cama (de su habitación), además de molestia ante la idea de tener que “lidiar” con más gente; motivo por el cual decide no asistir a clases ni salir de su casa cada que siente mucha ansiedad.

#### **4.1.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

La relación edípica inicial de Diego es causa de la incertidumbre constante que manifiesta ante la vida y la misma que plantea la posibilidad de muerte para, de esta manera, poder resolver problemas de la vida diaria. Aunado a esto, el paciente asume una posición subjetiva en la que recurre a postergaciones y obstáculos en las circunstancias en las que su deseo está en juego, pues destaca su imposibilidad de cumplir sus objetivos. Asimismo Diego manifiesta una ambivalencia y un esfuerzo por ocupar el lugar del objeto de goce del Otro. Como conclusión de lo anterior se puede afirmar que la estructura psíquica de Diego es una neurosis obsesiva.

#### **4.1.2. MOTIVO DE CONSULTA**

Diego refiere sentir en ocasiones mucha ansiedad, la cual se manifiesta principalmente cuando discute con su madre (aunque en general le sucede cuando está molesto) y cuando piensa en la muerte y en la incertidumbre de la vida.

#### **4.1.3. DEMANDA DE TRATAMIENTO**

El paciente busca que alguien lo ayude a liberarse de las demandas de su madre, de *ser el hombre de la casa*. Además de una guía que lo ayude a determinar quién debe ser o qué debe hacer en la vida.

#### **4.1.4. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL**

El paciente menciona que se siente impaciente, sin ganas de salir de su casa y específicamente de su cama (de su habitación), además de molestia ante la idea de tener que “lidiar” con más gente; motivo por el cual decide no asistir a clases ni salir de su casa cada que siente mucha ansiedad.

#### **4.1.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

La relación edípica inicial de Diego es causa de la incertidumbre constante que manifiesta ante la vida y la misma que plantea la posibilidad de muerte para, de esta manera, poder resolver problemas de la vida diaria. Aunado a esto, el paciente asume una posición subjetiva en la que recurre a postergaciones y obstáculos en las circunstancias en las que su deseo está en juego, pues destaca su imposibilidad de cumplir sus objetivos. Asimismo Diego manifiesta una ambivalencia y un esfuerzo por ocupar el lugar del objeto de goce del Otro. Como conclusión de lo anterior se puede afirmar que la estructura psíquica de Diego es una neurosis obsesiva.

## **4.2. ESTRUCTURA SUBJETIVA**

### **4.2.1 CONTEXTO FAMILIAR**

Diego es el más pequeño de dos hijos; tiene una hermana mayor. Sus padres están separados desde que él tenía ocho años, por lo que su padre vive en otra casa con su actual pareja (también en Monterrey). Su madre también tiene otra pareja, sin embargo describe el paciente que debido a que ni los hijos de la pareja de su madre, ni ellos mismos (el paciente y su hermana) se acoplaron a vivir juntos, decidieron mejor vivir cada quien en su propia casa (con sus respectivos hijos).

A pesar de que Diego afirma no recordar mucho la dinámica familiar antes de que sus padres se separaran (ya que sólo tenía ocho años), sí confiesa tener buenos recuerdos; de hecho en su modo de expresarse acerca del tema se nota felicidad y hasta cierta nostalgia por las vivencias que recuerda. Una de sus memorias es que su padre, cada que regresaba de viaje (por trabajo), les traía a él y a su hermana un chocolate o algún detalle. También refiere que, según su impresión, sus padres tenían una buena relación; al menos no recuerda que sus papás discutieran mucho.

Diego reconoce que extraña esa época de su vida y que le gustaría que sus padres siguieran juntos, sobre todo porque ahora que ya no está su padre con ellos, dice sentirse algo abrumado con algunas de las actitudes de su madre. Además de que regularmente ve a su padre sólo una vez por semana, pues “él ya tiene una nueva familia”. Actualmente Diego vive con su madre y su hermana, pero conviven mucho con la actual pareja de su madre (quien también tiene hijos): “casi siempre están en la casa o nosotros vamos a su casa”. El paciente parece mostrarse neutral con respecto a la relación de su madre con su actual



pareja, aunque admite no congeniar del todo bien con los hijos de ésta. Tampoco comenta mucho sobre la relación de su padre con su pareja, únicamente refiere que casi no la conoce ni habla con ella, por lo que no la puede juzgar.

#### **4.2.2. FIGURAS SIGNIFICATIVAS**

Diego describe a su madre como una mujer controladora y preocupada. Refiere que su madre en ocasiones le reclama cuando sale de casa para reunirse con algún amigo, con el argumento de que Diego no le ayuda lo suficiente con las labores de casa. Además su madre expresa mortificación por la ansiedad y aislamiento que el paciente refleja en los momentos de estrés (cuando Diego se quiere quedar en cama todo el día, encerrado en su cuarto y evitando ver y hablar con cualquier persona). Diego afirma sentir que su madre “es muy invasiva” en ciertas ocasiones.

Ahora bien, a su padre lo describe como distante, en el sentido de que se reúne con él sólo una vez a la semana y casi no habla con él (por teléfono o mensaje). Además Diego reconoce que su padre no se involucra mucho en sus cosas; ni en su vida académica, ni en la social, ni la personal. Aún así Diego se refiere a él con mucho respeto y nostalgia, pues dice que desearía que todavía viviera con ellos. Da la impresión de que Diego visualiza a su padre como el que mantenía el equilibrio en la familia.

Por último, con respecto a su hermana, Diego no la mencionaba tan a menudo en las sesiones. Refiere que es muy diferente a él en la forma de ser, ya que su hermana es más “sociable”; según el paciente, la joven tiene muchas amistades. Además su hermana tiene intereses distintos a los de él, por ejemplo ella quiere estudiar medicina. También menciona que ocasionalmente sale con su hermana a alguna reunión social, pues casi siempre cada

quien sale por su cuenta porque no tienen amistades en común. La única reunión constante a la que acuden juntos es cuando van a su padre.

#### **4.2.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA**

Cuando Diego tenía ocho años sus padres se divorciaron, lo que constituyó un cambio radical en la dinámica familiar y por ende en el rol que éste desempeñaría a partir de dicho suceso. Antes de la ruptura Diego vivía un ambiente familiar aparentemente funcional y él refiere haberse sentido “feliz”. Sin embargo, al separarse sus padres, Diego se describe como una persona más nostálgica y que ahora tiene más responsabilidades por ser “el hombre de la casa”, lo que abre paso a la inferencia de que Diego sufrió una pérdida simbólica de la figura del padre. Prueba de ello es que el sujeto refiere que si su padre viviera con ellos él no tendría que preocuparse por cosas como no gastar en ciertos lujos de su gusto para evitar que a su madre le falte dinero para gastos del hogar.

Se infiere que es debido a lo anterior que Diego afirma que desde hace un tiempo experimenta mucha ansiedad, principalmente cuando discute con su madre, y en los días en los que esto sucede no quiere salir de su cuarto e incluso hasta ha faltado a clases porque le genera angustia pensar en ver a otras personas. Cuando se le solicita al paciente que indague más en el tema dice lo siguiente: “tengo miedo de perder el control y desquitarme con alguien por mis problemas con mi madre”.

Por otra parte la confusión de rol que experimenta Diego actualmente, le ha ocasionado una incertidumbre en varios aspectos de la vida. Aunque aparentemente tiene bien claro a lo que se quiere dedicar profesionalmente, en varias ocasiones llegó a sesión relatando que había abandonado un proyecto por diversas razones (falta de recursos o porque no le

terminaba de convencer, entre otras). Además, en sus relaciones de pareja también se evidencia esta incertidumbre, pues cuando se cuestiona al sujeto sobre el tema, confiesa que no ha tenido una relación estable. Al indagar más, Diego describe que sí estuvo saliendo con dos mujeres (en diferentes ocasiones), pero que terminó con ellas porque “se aburría” de la relación. También declara que no tiene un patrón del tipo de pareja que desea, únicamente le interesa que sea alguien que tenga una cualidad distintiva. Como ejemplo el paciente refirió que le había llamado la atención una joven que le contó que experimentaba “ataques de ansiedad”, ya que en la opinión de Diego esto es algo que no mucha gente vive.

#### **4.2.4. EVENTOS SIGNIFICATIVOS**

La ruptura matrimonial de sus padres parece ser un evento significativo que marca la subjetividad del paciente, pues a partir de esto inicia el cambio de rol que Diego juega en la dinámica familiar y se hace evidente la estructura obsesiva del sujeto, así como los rasgos que la caracterizan, tales como la ansiedad, la incertidumbre ante la vida y el temor a la muerte.

#### **4.2.5. PERFIL SUBJETIVO**

Maneras de interacción: La relación que el paciente establece con el otro parece ser distante y fugaz, pues intenta no involucrarse demasiado, como ha sucedido en las ocasiones en que ha salido con mujeres, e incluso con su hermana se hace evidente este patrón. Por otro lado, su madre es la única persona con la que convive más cercanamente, sin embargo esta relación parece absorber la mayor parte de su libido; lo cual puede explicar por qué no es capaz de mantener relaciones estables con otras personas.

Rasgos de carácter: Diego es un sujeto que frecuentemente padece episodios de ansiedad y con una personalidad depresiva. Además suele ser impulsivo, como en las ocasiones en las que no asiste a clases porque no se siente con el ánimo de salir, o cuando golpeó una pared con su puño una vez que discutió con su madre.

Recursos yóicos: El paciente muestra una capacidad de análisis elevado para la edad que tiene; se cuestiona sobre sus metas y formas de actuar de manera constante.

Mecanismos de defensa: En primera instancia se identifica el *aislamiento* ligado a la separación de sus padres. El paciente recuerda bien el evento y el impacto que tuvo en él, sin embargo no es capaz de asociarlo al fracaso que él experimenta en sus relaciones con otras mujeres. Asimismo se evidencia la *anulación retroactiva* cuando Diego confiesa haber estado interesado en una mujer (incluso estar saliendo con ella), pero después refiere haberse “aburrido”, como si *desapareciera* el interés que pensaba tener en la otra persona. Este mecanismo de defensa también se manifiesta cuando abandona sus proyectos profesionales (documentales), siendo que inicialmente el sujeto parecía estar muy motivado con ellos.

Características del superyó: A pesar de que Diego en ocasiones es impulsivo, su superyó le obliga a controlarse y a examinar sus propias acciones. El hecho de que se perciba a sí mismo como “el hombre de la casa” refleja un superyó severo.

### **4.3. CONSTRUCCIÓN DEL CASO**

En el presente apartado se pretende mostrar de manera general el proceso terapéutico del caso de estudio, mostrando las características del paciente y la problemática que le aqueja.

La construcción del caso se realizará con base a la teoría expuesta anteriormente, articulándola con el discurso del sujeto y las intervenciones de la terapeuta, los cuales tuvieron lugar en el primer año del tratamiento.

La exposición del caso se llevará a cabo de acuerdo a distintas categorías descriptivas relacionadas con el caso y enfocadas al objetivo general, que es analizar la estructuración edípica y sus efectos en las fantasías de vida y muerte.

#### **4.3.1. LA INCERTIDUMBRE EN LA VIDA**

El reproche al que se hace referencia en el apartado anterior, constituye *la representación obsesiva base* del pensamiento de Diego. De acuerdo a Freud (1895), uno de los estados emotivos más representativos de los obsesivos es la *duda constante* (categorizada por Freud como una *necesidad anímica* del obsesivo) sobre muchas cosas, ya sea al mismo tiempo o de manera sucesiva, y este es precisamente uno de los mayores conflictos del paciente. La representación obsesiva de Diego es la que ocasiona que no logre decidir qué es lo que desea o hacia dónde se dirige, pues debe enfocarse en obedecer y complacer a su madre.

Diego es un sujeto en la etapa de adolescencia, lo que en parte explica la incertidumbre que tiene ante la vida, pues apenas está instaurando su identidad. Sin embargo la ansiedad

que manifiesta en su vida diaria refleja un conflicto inconsciente que aumenta su malestar emocional.

La ambivalencia se ve manifiesta en varios aspectos de la vida de Diego. En primera instancia el sujeto no es capaz de establecer una relación con una pareja debido a una subjetividad inconsciente que le indica que es poco probable que tenga éxito, como sucedió en el caso de sus padres.

*Terapeuta: “¿Crees que exista la posibilidad de que haya alguna relación entre el rompimiento matrimonial de tus padres y el hecho de que tus relaciones de pareja no se hayan podido consolidar?”*

*Paciente: “No veo cómo”.*

*Terapeuta: “¿No podría ser que una parte de ti asuma que las relaciones de pareja están destinadas al fracaso, como sucedió con tus padres?”.*

*Paciente: “La verdad no lo había pensado así, no creo que se pueda decir que mis relaciones han fracasado; simplemente me aburro porque no he encontrado a alguien que me llene”.*

*Terapeuta: “¿Te llene cómo, un vacío?”*

*Paciente: “Sí, me complete, ya sabes, como mi media naranja”.*

*Terapeuta: “¿Entonces crees que existe tal cosa como una media naranja?”.*

*Paciente: “Sí bueno, no para todos, como mis padres tal vez no eran uno para el otro y por eso al final terminaron”.*

*Terapeuta: “¿Y crees que exista para ti?”.*

*Paciente: “No lo sé, tal vez no”.*

*Terapeuta: “¿De qué depende que sí, o que no?”.*

*Paciente: “Del destino... pero no creo en los cuentos de hada en mi caso... ya ves cómo sucedió con mis padres”.*

*Terapeuta: “¿Crees que podrías tener el mismo destino que tus padres?”.*

*Paciente: “Es probable”.*

Por otro lado experimenta una confusión en el rol que debe tomar en la dinámica familiar, al tener un padre semi ausente y una madre controladora que le exige actuar como el hombre de la casa: responsable, protector y proveedor de afecto. Finalmente, Diego abandona proyectos de su vida profesional con los que parece estar motivado en un inicio, pero luego argumenta no tener lo necesario para llevarlos a cabo.

#### **4.3.2. EL TEMOR A LA MUERTE**

Freud (1896) explica que las representaciones obsesivas siempre son *reproches* que regresan de la represión. Además (1909) identifica que en la neurosis obsesiva se manifiesta la *necesidad anímica* de plantear la posibilidad de muerte para poder resolver problemas de la vida diaria. En el discurso del paciente se evidencia dicha necesidad anímica:

*Paciente: “Constantemente me invade el miedo de morir”.*

*Terapeuta: “¿A qué se debe este miedo?”*

*Paciente: “Pienso que cuando eso suceda me quedaré encerrado en una especie de limbo”.*

*Terapeuta: “¿Cómo te imaginas que es el limbo?”*

*Paciente: “Ha de ser como un cuarto negro y oscuro en donde no hay nada”.*

El paciente confiesa que frecuentemente le asalta un mismo pensamiento en relación a su temor a la muerte: *“Podría morir cualquier día si no hago lo que se espera de mí”*. También confiesa que esto le ocurre cada que tiene una fuerte discusión con su madre (aunque no es en la única circunstancia). Dicho pensamiento puede interpretarse como *“Podría morir si no satisfago el deseo de mi madre”*, de la misma manera en que el lazo matrimonial de sus padres murió cuando su padre dejó de satisfacer los deseos de su madre. Este auto-reproche refleja que Diego antepone el deseo de su madre al de él y que el temor a la muerte constituye el modo de resolver sus problemas de la vida diaria.

Por otro lado, el temor a la muerte que Diego refiere es también una simbolización, o deuda simbólica, de su temor a que la madre lo atrape (por el control y la demanda que ella ejerce sobre Diego) y el padre lo castre (reactivación del Complejo de Edipo). Es debido a esto que, como expone Dor en su texto *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*, el paciente obsesivo se percibe generalmente en la dimensión de la insatisfacción: reaviva constantemente la lucha entre *ser* y *tener* el falo (1991).

#### **4.3.3. EL DESTERRADO**



Diego parece identificarse con su padre en el sentido de que, así como su padre fue “desterrado” del hogar familiar (tuvo que irse a vivir a otra casa al momento de la ruptura matrimonial), él se percibe desvalorizado en la sociedad por la carrera que eligió. El paciente refiere que los que estudian artes como él, son subestimadas en el ámbito profesional:

*“La gente no conoce todo el trabajo que hay detrás de cámaras al filmar un documental, o lo que tiene que hacer el músico para poder sacar un disco. Hay mucha gente involucrada y son muchos desvelos. Se tiene que escribir un guion o la letra de una canción, pero para llegar a esto antes es necesario obtener la inspiración, y eso viene de la creatividad. La creatividad no es algo que se obtiene fácil. Todos hablan de que la creatividad es algo muy valioso, pero a la hora de decirle a la gente o a tu familia que quieres estudiar algo que demanda creatividad, entonces ya dicen que no es algo que te vaya a dar dinero y que después no vas a encontrar trabajo y tendrás poco éxito en la vida”.*

Lo anterior es algo que dijo el paciente en una sesión en la que mencionó que tenía pensado que en un futuro medianamente lejano le gustaría hacer un documental sobre toda esa gente que estudia artes como él y que el título de su documental será “Los Desterrados”.

## CAPÍTULO V

### SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

#### 5.1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

En el apartado anterior se presentaron las categorías descriptivas que dieron cuenta del análisis de la estructuración edípica y sus efectos en las fantasías de vida y muerte del paciente. Tomando como referencia lo expuesto en el presente caso de estudio, en este capítulo se pretende señalar la evolución observada en el paciente a lo largo del tratamiento.

Al inicio del tratamiento el motivo de consulta de Diego era que experimentaba mucha ansiedad y deseaba ya no sentir dicha ansiedad, sin embargo, al cabo de unas sesiones se hizo evidente que la demanda del paciente era en realidad que alguien lo ayudara a liberarse de las demandas de su madre, de *ser el hombre de la casa*. Además buscaba una guía que lo ayudara a determinar quién debe ser o qué debe hacer en la vida.

Diego inició el tratamiento a los 17 años de edad, por lo que naturalmente se encontraba en un periodo de crisis de identidad, pero aunado a esto, experimentaba mucha ansiedad ocasionada por las demandas de su madre; asumía un rol que no le correspondía en la familia. Además manifestaba nostalgia por la ruptura familiar (un duelo que no había podido superar) y fantasías relativas a la muerte (tenía miedo a la muerte). Por otro lado mostraba una rigurosa indecisión ante diversas situaciones como la pareja que desearía tener, los proyectos que quería realizar (como profesionalista/académico), lo que debía decir o lo que no debía decir en sesiones, y el rol que debe asumir en la familia.

Conforme avanzaba el tratamiento, a través de las interpretaciones y señalamientos, Diego comenzó a cuestionarse los motivos de su ansiedad, más allá de considerarla sólo un síntoma, sin razón aparente. Aceptó que la duda constante y la indecisión ante diferentes aspectos de su vida, se relacionan en gran parte con la ruptura matrimonial de sus padres y

el rol que ha ido desempeñando en la dinámica familiar, a partir de la misma. Asimismo entendió que el temor a la muerte es más bien un simbolismo de su preocupación o temor por no cumplir con las altas expectativas que le ha impuesto su madre, pues podría ser “desterrado”, como sucedió con su padre.

Al finalizar el tratamiento el paciente logró establecer límites con su madre en relación al rol que desempeñaba en la dinámica familiar; comenzó a reunirse con sus amigos en plan social y se dio cuenta de que lo disfrutaba. Además ya no permite que su ansiedad lo imposibilite para ir a la universidad, pues cuando siente angustiado lo expresa y esto le permite sentirse más “liberado”. Y aunque sí le ayuda a su madre con los labores de la casa (ya que es parte de su responsabilidad como hijo), propuso un horario en el que le puede ayudar, por lo que ya no está a disposición de su madre la mayor parte de su día.

La dinámica familiar y el Complejo de Edipo tuvieron un papel fundamental para la estructuración obsesiva de Diego. Su madre por un lado antepuso su propia demanda a la de su hijo, por lo que el paciente fue incapaz de articular la suya y lo condujo a vivir a merced de lo que su madre le impusiera. Y la ausencia parcial de su padre dio paso a su temor a la muerte y al estado nostálgico del paciente.

## **5.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El desarrollo de un caso de estudio es fundamental para la confrontación de la práctica con la teoría, pues permite cuestionar lo existente y la posición inconsciente del sujeto, posibilitando así el proceso y vigencia del psicoanálisis. Asimismo, facilita la observación de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

Un proceso psicoanalítico instaura una relación entre el analista y el analizante, por lo que ambas partes requieren realizar un trabajo y un compromiso. Por este motivo resulta crucial que el analista se dedique al estudio de textos psicoanalíticos, a la supervisión de su caso de estudio y a su propio análisis. El trabajo y la investigación que llevé a cabo en estos dos años de maestría me exigieron conjuntar estos tres elementos y considero que son de igual importancia; no es debido menospreciar alguno de ellos, pues un proceso analítico es cambiante tanto por la subjetividad del analista como por la del paciente, y por ello exige una constante actualización de la propia posición inconsciente.

El proceso de mi formación aún está en sus inicios y me parece sabio considerar que nunca termina. El mayor aprendizaje que pude obtener es que resulta imperativo seguir preparándome, pero lo que es más importante, seguir ejerciendo mi vocación con el deseo de acompañar a cada individuo en la agridulce travesía hacia su crecimiento.

## BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Aguado, I; Aranda, B. y Ochoa, F. (1999). El Método Psicoanalítico: Observaciones Sobre Algunas de sus implicaciones. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 2(1).

Recuperado de

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/elmetodopsicoanalitic.htm>.

Bodni, O. (2001). *La investigación psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Castillo, M. y Gómez, E. (2004). Las peculiaridades de la investigación en Psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, 22(1), 25-32. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/785/78522103.pdf>.

Diccionario de Etimología. (s.f.). *Etimología de la obsesión*. Recuperado de: <http://etimologias.dechile.net/?obsesio.n>

Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. (2007). *Obsesión*. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca. Recuperado de: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/obsesion>.

Dor, J. (1991). *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1895). *Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1897). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1907). *Acciones obsesivas y prácticas religiosas*. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva, sobre la teoría*. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. (Contribuciones a la psicología del amor, I)*. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915-1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis. Partes I y II*. Tomo XV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el Ello*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del Complejo de Edipo*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallo, H. y Elkin, M. (2012). El Psicoanálisis y la investigación en la universidad. En *El Psicoanálisis y la investigación en la Universidad*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Gerez, M. (2006). El Psicoanálisis de una vez por semana. *Topia, Identidades Estalladas*(46), 13. Recuperado de [http://www.topia.com.ar/sites/default/files/files/revista/pdf/identidades\\_estalladas.pdf](http://www.topia.com.ar/sites/default/files/files/revista/pdf/identidades_estalladas.pdf).

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México, D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Laplanche, J. y Pontails, J.B. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis: neurosis obsesiva*. Buenos Aires: Paidós.

Pitman, R. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903). Review and commentary. *PubMed*(44), 3. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3827518>.

Real Academia Española. (2015). *Obsesión*. Madrid: Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=obsesión>.

Romero-Nieva, F. (2007). *Obsesiones y compulsiones*. Madrid. Recuperado de: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2007/03\\_189\\_07.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_07.htm).

Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Vanegas, G. y Muñiz, M. (2015). *Manual Anteproyecto de Estudio de Caso Clínico*. Monterrey: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.