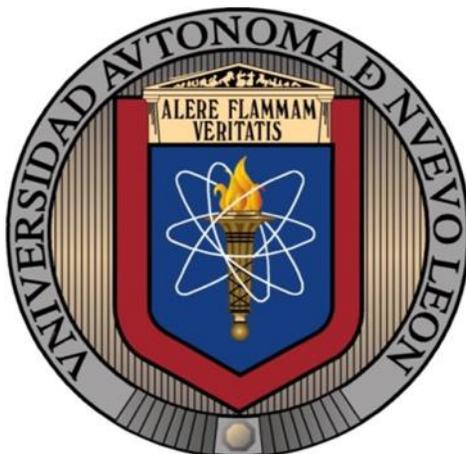


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“UNO PUEDE ESCOGER MUCHAS COSAS, PERO NO A LOS HIJOS”:
LA IMPOSIBILIDAD DE OCUPAR EL LUGAR DEL PADRE EN LA
NEUROSIS OBSESIVA”**

PRESENTA

BEATRIZ ELIZONDO GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

ENERO, 2018

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



**“UNO PUEDE ESCOGER MUCHAS COSAS, PERO NO A LOS HIJOS”:
LA IMPOSIBILIDAD DE OCUPAR EL LUGAR DEL PADRE EN LA
NEUROSIS OBSESIVA”**

PRESENTA

BEATRIZ ELIZONDO GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA
EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

**DIRECTOR DE TESIS
MTRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VILLARREAL**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

ENERO, 2018

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y padrinos

A Toño

A mis maestros y supervisores

A mis amigos

ÍNDICE

Capítulo 1

1.1 Resumen	4
1.2. Introducción	5
1.3 Antecedentes	7
1.4. Objetivo General	15
1.5. Objetivos Específicos	15
1.6. Supuestos	15
1.7. Limitaciones y Delimitaciones	16
1.8. Justificación	20

Capítulo 2

2.1. Fundamentación Teórica	23
-----------------------------------	----

Capítulo 3

3.1. Modelos de Intervención y Procedimientos	47
3.2. Técnica y Estrategias de Intervención	53

Capítulo 4

4.1. Historial Clínico	55
4.2. Estructura Subjetiva	72
4.3. Construcción del Caso	86

Capítulo 5

5.1. Conclusiones	107
-------------------------	-----

Bibliografía	110
---------------------------	-----

CAPÍTULO 1

1.1. RESUMEN

La exposición de este caso clínico pretenderá hacer un estudio psicoanalítico del lugar del padre en un caso de neurosis obsesiva haciendo énfasis en las vicisitudes que esto conlleva en el psiquismo de nuestro paciente.

Nos enfocamos en el lugar del padre ya que es precisamente allí donde el paciente se encuentra sufriendo al no poder colocarse en ese lugar frente a sus propios hijos.

Se partirá de una línea teórica que incluye elementos como la rigidez del superyó, las identificaciones edípicas y la ambivalencia hacia la figura paterna, entre otros, para lograr dicho análisis de caso.

Así mismo, se expondrán las viñetas clínicas que permitan articular la clínica con la teoría que fundamenta el caso y algunas categorías para el estudio de éste, tales como: la dificultad del paciente de colocarse en el lugar del padre, la articulación con la estructuración edípica y el superyó y, por último, la amenaza sentida por el paciente ante los sentimientos hostiles.

1.2. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto tiene como finalidad realizar un estudio de caso de neurosis obsesiva, pero enfocándonos en desarrollar a mayor profundidad el papel que juega la función paterna en un paciente de estructura obsesiva, ya que el sujeto que se tomará como caso de estudio presenta una dificultad para colocarse en el lugar de padre frente a sus hijos. Este motivo fue el que hizo que surgiera el interés sobre esta problemática y cómo es que se articula esto en la dinámica edípica que echa a andar el funcionamiento de la ley. De ahí que se desprenda la importancia del vínculo afectivo que el paciente mantiene con la figura materna y cómo esto permea en los fenómenos sintomatológicos de éste.

Esto se vuelve muy interesante debido a que el trabajo en la clínica psicoanalítica requiere de una minuciosa labor de análisis del caso que se está trabajando, pero en ocasiones esta minuciosidad es posible sólo después de que se hayan plasmado en papel las teorizaciones pertinentes. En el caso del paciente de quien se pretende hacer un estudio de caso, éste dejó de asistir a análisis debido a que en su trabajo modificaron su horario y esto no permitió coincidir con los horarios disponibles de la terapeuta. Así mismo, no se descarta que ciertas resistencias entraran en juego para no retomar posteriormente su tratamiento.

Por otra parte, el realizar este estudio permitirá abrir nuevas líneas de intervención para próximas ocasiones en las que se presente en la clínica un caso en donde la función paterna juegue un papel significativo en el posicionamiento del sujeto frente a su síntoma.

Para lograr el estudio de este caso será necesario contextualizar la neurosis obsesiva desde sus primeras apariciones y cómo es que se fue desarrollado el concepto desde el psicoanálisis y las aportaciones que Freud y autores posteriores hicieron sobre este tipo de estructura subjetiva. Así mismo, se planteará un objetivo general acerca del estudio del caso y objetivos específicos que permitirán que el trabajo vaya destinado a clarificar dichos puntos. Para esto se partirá de supuestos y se justificará el trabajo que se pretende realizar.

Así mismo, se desarrollará el marco teórico el cual permitirá profundizar no sólo en lo que respecta a la neurosis obsesiva, sino también en la función del padre y cuál es su implicación en ese tipo de estructura psíquica, partiendo así de las aportaciones freudianas y de lo que otros autores añadieron sobre estas cuestiones. Por último, se expondrá el historial clínico del paciente y la impresión diagnóstica de éste a fin de que, posteriormente, se pueda realizar un análisis de las vicisitudes por las que atraviesa el paciente en el apartado de la construcción del caso clínico.

1.3. ANTECEDENTES

Para poder trabajar acerca de nuestro paciente en relación a su estructura psíquica y por qué es que se considera que ésta pertenece al campo de las neurosis, específicamente de la neurosis obsesiva, será necesario comenzar planteando los antecedentes del término “neurosis obsesiva”.

Retomemos entonces lo trabajado por Vaccarezza (1997) quien desglosa este concepto. Así pues, lo primero que se podría decir con respecto al término “obsesión” es que éste término “(...) proviene del latín *obsessionis*, derivado de *obsidere* (asediar) y de *sedere* (sentar)” (p. 11). Fue un término utilizado por primera vez, según refiere la autora, desde el campo de la psiquiatría por Jules Falret y, como mencionan M. Bruno y M. Pacchioni (2013), lo traduce después Richard von Krafft-Ebing al alemán usando la palabra *Zwang* que significa: coacción o compulsión. Así, esta traducción añade las características que permiten que posteriormente Freud las retome por la sintomatología descrita y las acuña bajo el concepto de “neurosis obsesiva” que ampliará y desarrollará desde el psicoanálisis haciendo grandes aportaciones al respecto.

Sobre las raíces del concepto, resalta también el carácter de “asediar” que implica la palabra; nos referimos con esto, a la característica del sujeto obsesivo quien presenta ideas que se le imponen y que, como dice el mismo término, lo acorralan. Pero no sólo este tipo de ideaciones aparecen en las obsesiones, también se puede agregar la duda, compulsiones, realización de rituales, culpabilidad, etc. Todos éstos pertenecen a los rasgos de carácter o sintomatología que generalmente se le atribuyen a la obsesión y a partir de los cuales puede cometerse el error de caer en conjeturas lineales y simplistas que lleven a realizar un

diagnóstico del sujeto cuando éste cumpla con dichas características; o mejor dicho, cuando muestre estos rasgos de carácter, dejando así de lado la cuestión estructural ya que no se puede asumir que quien presente rasgos de personalidad que se asemejan a los que presentan los neuróticos obsesivos posee una estructuración de este tipo. Por este motivo, durante la presentación del marco teórico, se expondrán más elementos que nos permitan comprender cómo se juegan distintos factores que dan lugar a la estructura neurótica obsesiva.

Podremos adelantar aquí que en la estructuración y en el devenir sujeto, aparece como aspecto clave la forma en cómo fue resuelto el Complejo de Edipo, qué sucedió con la castración, cómo fue instaurada la ley y cómo se coloca el sujeto frente a la castración y la ley paterna.

La neurosis obsesiva es trabajada por Freud desde sus textos iniciales; así pues, Laplanche y Pontalis (1986) la ubican como una entidad nosográfica aislada por Freud desde 1894-1895. Los fenómenos sintomatológicos descritos en la neurosis obsesiva datan desde antes de Freud, síntomas como las ideas y/o conductas compulsivas, elaboración de rituales, pensamientos con dudas, etc.; sin embargo, fue Freud quien aisló el concepto y desarrolló la dinámica psíquica implicada en la constitución de una neurosis obsesiva, abarcando los aspectos tópicos, económicos y dinámicos de ésta.

M. Bruno y M. Pacchioni, (2013), plantean un recorrido sobre la neurosis obsesiva en Freud. Destaquemos que existe un primer momento en Freud donde trabaja la neurosis obsesiva ubicándola primero dentro de las neuropsicosis de defensa en 1894 en el texto que lleva el mismo nombre. Desde este primer momento Freud ya había vislumbrado un

componente sexual dentro de sus teorizaciones sobre las neurosis, pero lo ubicaba aquí como un factor externo ya que en esta época él comenzaba sus trabajos partiendo de la teoría de la seducción. Freud no logra resolver esta primera teoría de la seducción sino hasta 1905 cuando introduce la sexualidad infantil en su revolucionario texto de Tres Ensayos.

Freud continúa con su trabajo y aportaciones sobre la neurosis obsesiva en diferentes textos como por ejemplo “Predisposición a la neurosis obsesiva” de 1913, entre otros; pero no es sino a partir de 1920 que hace otro gran giro teórico cuando introduce su teoría sobre la pulsión de muerte y en 1923 con la formulación de la segunda tópica. Es así como hasta 1940 puede llegar a ubicar al Complejo de Edipo como el núcleo de las neurosis.

A partir del desarrollo de su teoría sobre la sexualidad infantil y las fases psicosexuales, estructurantes también, por las que atraviesa el sujeto, Freud ubica a la neurosis obsesiva a partir de una fijación de la libido en la etapa anal. Su trabajo también lo lleva a ubicar los principales mecanismos defensivos y la dinámica que aparece desde la segunda tópica; es decir, la tensión constante entre las instancias del Yo y el Superyó, siendo este último de carácter altamente punitivo.

Es importante la aclaración que hacen los autores, Laplanche y Pontalis, al mencionar que no hay equivalencia entre la sintomatología obsesiva y la estructura obsesiva, tal como se menciona en párrafos anteriores. Es decir, si un sujeto no presenta estos síntomas manifiestos y claros que hablen de una neurosis obsesiva lo que sucede es que pudieran estar echándose a andar mecanismos defensivos que, por su eficiencia, logran

que el sujeto no considere alguna inquietud o molestia derivada del carácter obsesivo de su estructura y no sea entonces un síntoma para él.

Dentro de los aportes que existen sobre este tema, destacan por supuesto aquellos acuñados por Freud, pudiendo decir que toda estructuración de un sujeto se da a partir de tres lugares; la madre, el padre y el niño, quienes conforman la triangulación edípica y desde donde parten todas las posteriores teorizaciones sobre esta fase edípica y sobre la función del padre en ésta. Se podrá identificar en Lacan la introducción de un cuarto elemento indispensable en la estructuración que, en su retorno a Freud, lo mete en la jugada dándole un giro al papel que éste juega en relación al deseo, al goce y a la función paterna que permite que se efectúe la castración; este cuarto elemento al que se hace referencia es el falo, *ser o tener* el falo, y todas las vicisitudes que se derivan de esta problemática.

Entonces, siguiendo lo trabajado por S. León (2013), para Lacan la función del padre juega un papel simbólico estructural. Por otra parte, Winnicott le otorgará un lugar de facilitador evolutivo. Aunque también debemos mencionar que sobre la función paterna, el punto donde coinciden la línea freudiana, lacaniana y winnicotiana será en otorgarle la función de la prohibición del incesto y el paso a la resolución del Edipo por la castración, lo que permitirá el desarrollo del superyó, el ideal del yo, así como la participación de la represión y la identificación.

Este *ser o tener* el falo del que habla Lacan, se despliega en el Complejo de Edipo y es ahí donde se resuelve dependiendo de cómo operó la castración, dando lugar a algún tipo de estructuración del sujeto y permitiendo la posibilidad también de un devenir sujeto. Esta idea se puede complementar con el comentario que hace la autora L. Vaccarezza (1997):

“El síntoma tapa, oculta y, a su vez, desvela el dolor del sujeto frente a la angustia de no dominar, controlar, el misterio del ser en el mundo. En el fondo, la neurosis es un modo de preguntarse por la existencia. En el caso de la neurosis obsesiva la preocupación por la muerte ocupa un lugar central.” (p. 14).

Sin adentrarnos en la vinculación de la muerte con el problema de la neurosis obsesiva, se podría agregar que ese misterio del *ser en el mundo* corresponde al *ser* en tanto a esa frase pronunciada por Lacan “*to be or not to be* el falo” (J. Dor, 1991, p. 39), esto en la dinámica edípica que se despliega entre la madre y el hijo y cómo se introduce la función del padre en esto para hacer cuestionarse al niño sobre si *es* o *no es* el falo que completa a la madre, su objeto de deseo.

Ahora bien, también es importante considerar los antecedentes del padre en la cultura; es decir, culturalmente cómo se ha concebido al padre en la historia desde el lugar que ocupa en la concepción del hijo hasta la función que esta cultura le otorga para con sus hijos. Para esto nos podremos apoyar del texto del autor Bernard This (1980) “El padre: Acto de Nacimiento”, en donde lleva a cabo un extensivo recorrido de los diferentes lugares que ha ocupado el padre en la cultura.

El autor logra esto planteando primero al padre como genitor, aquel individuo que participa en la fecundación y podría entonces desaparecer después de ello, tal como desde el reino animal algunos insectos que, después de la fecundación, son devorados por las hembras; o bien, cómo es que el progenitor puede incluso resultar innecesario para el posterior desarrollo y cuidado de las crías, pudiéndose pensar que “(...) el hijo ‘es una cosa de la madre’” (B. This, 1980, p. 22). Ahora bien, en los humanos existen otras

implicaciones ya que el padre no es solamente aquel que participó en el proceso de fecundación sino aquel que, por una parte, es nombrado por el hijo como su padre: “Es *mi* papá, es *mi* mamá” (p.23), extendiéndose esto a la *adopción* que los padres hacen de los hijos: “*nuestros* hijos”; así pues, concluye que la palabra cobra un papel fundamental y lanza la pregunta de si la función paterna queda entonces ligada al *nombrar* a dichos individuos como el padre. Vemos aquí como se pasa de la concepción del padre como individuo capaz de procrear, al sujeto capaz de cumplir una función paterna.

Continuando con los aportes del autor, decimos que desde tiempos más antiguos, durante el siglo XVIII, el padre fue excluido de contar con un papel determinante en el nacimiento del hijo, la relación entre madre e hijo resultaba casi exclusiva entre ellos por la imposibilidad que existía de contar con la certeza de que el hijo sea producto de la relación de la madre con aquel hombre particular. Además, los avances en la medicina que favorecieron la medicación durante el embarazo y el parto, no hacían otra cosa que dejar fuera al padre; es decir, este ya no fue necesario para que el nacimiento resultara favorablemente, para eso se podía contar con un partero. Podríamos entonces decir que culturalmente, agregaríamos nosotros aquí que incluso en la actualidad, “(...) *casi siempre se considera al niño como obra de la mujer.*” (B. This, 1980, p. 40).

Coincidiendo con lo anterior mencionado por B. This, el autor Sergio Stern (2006) escribe lo siguiente:

“La madre es lo más próximo al hijo(a). Existe un lazo natural e ineluctable, frecuentemente avasallador, que los une. Mientras tanto, al Padre se le equipara con

lo incierto, la ausencia, el diferimiento y la cultura. Al padre hay que salir a buscarlo (...)” (2006).

En la época victoriana, plantea el autor, el padre tenía la función exclusiva de dar la educación del niño(a), lo que ocasionaba un cierto distanciamiento generacional. Sin embargo, en las nuevas configuraciones familiares la función del padre no queda reducida a fungir como sólo el que hace la separación entre madre e hijo o como quien lo acerca a su educación, sino que adquiere cada vez un lugar de mayor importancia en la crianza de los hijos desde el comienzo mismo de su vida. Habla entonces de la importancia que adquiere que el padre pueda cumplir no sólo la función de “*proveedor por excelencia*”, sino que logre una vinculación distinta con el hijo, a través del juego por ejemplo, que le permita “gestar un espacio transicional” que le permita al hijo otros encuentros.

Coincidimos con el autor cuando habla de que nuestra cultura actual se caracteriza por una “lejanía afectiva de las tareas de la crianza” y cómo es que se ubica a la mujer en el lugar de quien está a cargo del cuidado y bienestar de la familia y al padre se le ubica como aquél que impone la ley cuando llega a casa después de haber buscado el sustento económico para la familia, a pesar de que ahora la mujer en muchas ocasiones es también la responsable de buscar ese sustento económico.

Estas nuevas configuraciones familiares son las que en ocasiones llevan a los pacientes a consulta, tal como sucedió con el paciente del que nos disponemos a trabajar y motivo por el cual resulta de importancia realizar un estudio que nos permita hacernos constantemente preguntas para llegar a un entendimiento más completo de las vicisitudes

que aparecen en torno a esta problemática considerando cómo es que se articula en la dinámica obsesiva que lo aqueja.

El campo del psicoanálisis es muy amplio y requiere de una constante preparación académica que permita ampliar los conocimientos para poder fundamentar teóricamente el trabajo clínico que se hace. Así mismo, es nuestra responsabilidad como profesionistas el no dejar de lanzarnos preguntas, mantener una lectura constante, llevar a cabo una supervisión de casos y un análisis personal que nos motive y permita ampliar nuestra escucha con los pacientes.

Las particularidades del caso respecto a cómo es que a partir del nacimiento de un hijo con discapacidad dispararon en el paciente su malestar psíquico llamaron mi atención y me llevaron a basar en esto mi elección del caso para extender mi entendimiento sobre la dinámica presente en la articulación entre la función paterna y la neurosis obsesiva.

1.4. OBJETIVO GENERAL

Analizar la imposibilidad de asumir la función del padre en un caso de neurosis obsesiva.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analizar la función paterna en una estructura neurótica obsesiva.
- 2) Analizar la imposibilidad de asumir la paternidad en un sujeto neurótico obsesivo.
- 3) Analizar cómo se lleva a cabo la dinámica edípica del paciente.

1.6. SUPUESTOS

- 1) La relación estrecha con la madre debilita la función paterna.
- 2) Los síntomas obsesivos son producto de la negociación subjetiva entre las instancias psíquicas del ello, el yo y el superyó en la resolución del complejo de Edipo y el consecuente surgimiento de un superyó rígido.

1.7. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

LIMITACIONES

Durante la atención del caso que aquí se expone se presentaron diversas limitaciones que, aunque en ocasiones complicaron el desarrollo de la terapia, no fueron suficientes para impedir la realización del estudio de caso que se pretende realizar.

Por una parte, se podría decir que una de las limitaciones que se presentaron durante el proceso terapéutico corresponde a la propia singularidad del caso; es decir, el paciente en cuestión era un médico de profesión que laboraba en una institución gubernamental por lo que en ocasiones debía atender llamados a juntas administrativas de último momento que provocaban que el paciente tuviera que cancelar su asistencia a alguna sesión. Así mismo, otra limitación a considerar es la interrupción de la terapia después de un año y cuatro meses de análisis; esto debido a que, por cuestiones laborales, el paciente cambiara de horario de trabajo haciendo imposible para él poder seguir acudiendo a las sesiones durante el horario habitual y, por otra parte, que la terapeuta pudiera ofrecerle un espacio en un horario distinto.

Aún y cuando el paciente mencionó que la interrupción del tratamiento duraría aproximadamente tres meses, por motivo de que cubriría el horario laboral de una compañera de trabajo quien se incapacitaría por embarazo, una vez pasado ese lapso de tiempo el paciente no volvió a llamar para retomar el tratamiento.

Por otra parte, también se podría considerar como una limitación el hecho de que el paciente fuera atendido dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L., dado que la institución marca algunos parámetros

reglamentarios que interfieren con el dispositivo psicoanalítico. Así, el terapeuta atiende a los pacientes dentro de un horario establecido por la institución (sin poder contar con fines de semana), las interrupciones por periodo vacacional que no pueden ser modificadas por el terapeuta y también la transferencia del paciente; la cual, en este caso en particular, debido a que el paciente sabía que los terapeutas son al mismo tiempo estudiantes, influyó en el desarrollo de resistencias que dificultaron en algún momento que pudiera lograr algún movimiento subjetivo en relación a la posición de “médico” a “paciente”. Más adelante, durante el análisis del caso, se retomará este punto para estudiarlo con mayor profundidad.

Así mismo, el costo de las sesiones lo fija la institución y no se hace tomando en cuenta el valor simbólico, sino sólo a partir de un estudio socioeconómico basado en sus ingresos y egresos. Esto implicó que transferencialmente la terapeuta no fuera colocada como aquél que dirige el tratamiento. Podría especularse que así, simbólicamente, la terapeuta estaba colocada en el lugar de “estudiante” y el paciente continuaba en su lugar de “médico”.

Retomando lo que se mencionó anteriormente, se encuentra el factor de la profesión del paciente. Ser médico le dificultaba en gran medida colocarse desde la posición de paciente y esto, aunado con los rasgos obsesivos que forman parte de su estructura, provocaba que constantemente intentara mantener el control dentro de las sesiones mediante modificaciones en el encuadre del dispositivo analítico. Cancelaba sesiones y proponía día y horario específico para reponer su sesión perdida. Aún y cuando se le señalara su dificultad de posicionarse en el lugar de “paciente”, esto se presentaba como resistencia en el tratamiento.

DELIMITACIONES

Para el trabajo con este paciente, se propuso desde el comienzo realizar una psicoterapia psicoanalítica. En un inicio se escuchó el motivo de consulta del paciente y se dieron algunas sesiones de entrevista inicial en donde se recolectaron datos importantes acerca de sus relaciones familiares, la muerte de su madre, el nacimiento de su primer hijo, las particularidades de su sintomatología, de qué forma se presentaba ésta, etc. Posteriormente se volvió a clarificar el encuadre mencionándole que hablara de lo que se le ocurriera, lo que pasara por su mente aún y cuando pudiese resultar vergonzoso o que él pensara que no viniera al caso.

Se delimitó el tiempo de las sesiones quedando éste en cuarenta y cinco minutos para cada sesión y en un inicio se propuso verlo dos veces por semana; sin embargo, cierto tiempo después el paciente pidió tener sólo una sesión semanal explicando que en su trabajo le pidieron asistir a un curso de capacitación en liderazgo, además de las juntas administrativas que llevaban a cabo en frecuencias semanales y que, por consecuencia, se le dificultaba asistir dos veces por semana. Por tal motivo, las sesiones se redujeron a una vez por semana.

Durante el curso del tratamiento, a pesar de las limitaciones que se mencionaron anteriormente, hubo también alcances en la intervención. En un inicio el paciente mostraba gran dificultad para hablar sobre sus sentimientos y emociones, utilizaba el lenguaje técnico de la medicina para explicar lo que le sucedía; sin embargo, alcanzado un poco más de la mitad del periodo de tratamiento él ya era capaz de expresar cómo lo hacían sentir ciertos eventos de su día a día y, sobretodo, fue capaz de reconocer en él algunos sentimientos que

él hacía llamar “negativos” hacia su esposa, sus hermanas y su hijo. Esto le permitió lograr un movimiento subjetivo en el terreno de la transferencia al poder así moverse al lugar de “paciente”.

Por otra parte, el paciente refería cambios favorables en su sentir respecto a situaciones de la vida diaria tales como, lograr hablar enfrente de un grupo amplio de personas sin sentir un elevado nivel de angustia, poder expresar su desacuerdo frente a alguna situación laboral con su jefa de trabajo y comenzar a reunirse con algunas de sus amistades con quienes, según él refería, había perdido contacto al no querer salir con ellos anteriormente.

Sin embargo, en lo que respecta a la elaboración del duelo por la muerte de su madre, los constantes conflictos con su esposa y la dificultad de colocarse en el lugar de padre frente a sus hijos, éstos quedaron sin mostrar algún cambio significativo.

1.8. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se pretende hablar aquí sobre la neurosis obsesiva es debido a que el paciente de quien se pretende realizar un estudio de caso presenta dicha estructura psíquica, por lo que el entendimiento de esta problemática resulta fundamental para su análisis. Así mismo, resulta de suma importancia delimitar cómo es que un sujeto se estructura como neurótico obsesivo y cómo es que la sintomatología presentada resulta directamente relacionada con su estructuración.

La intervención que se hizo durante el tratamiento fue dirigida a realizar un movimiento subjetivo del paciente a partir del análisis de las resistencias, mecanismos defensivos utilizados por éste, su posición frente a su deseo y su sintomatología, principalmente en la dificultad presentada de asumir un rol de padre. Esto originado por su propia historia y manifestado en la relación ambivalente frente a su primer hijo quien presenta una discapacidad motriz y quien pareciera funcionar como representante de fantasmas provenientes de su propia infancia y originados en la relación edípica con sus padres.

Se puede considerar que la intervención y el tiempo de tratamiento que se tuvo con este paciente arroja elementos suficientes para contribuir al estudio de un tema que, si bien no es nuevo, se presenta constantemente en la clínica del analista, nos referimos aquí a la dificultad del neurótico obsesivo de colocarse en el lugar de padre. Esto debido a que en su propia historia prevalece una conflictiva con la ley del padre. El estudio de este caso nos permitirá acercarnos al entendimiento de cómo es que se articula la ley del padre en la génesis de una estructuración neurótica obsesiva.

Así mismo, resulta de gran importancia realizar este trabajo para ampliar la comprensión de algunos aspectos que si bien se abordaron durante el tratamiento, no fueron teorizados como tal en ese momento y dicha visión traerá consigo un beneficio en la posterior práctica clínica con pacientes que posean sintomatologías provenientes de la conflictiva surgida a partir de la forma en particular de cómo fue introducida e instalada la ley paterna y cómo es que ésta opera en el psiquismo del sujeto.

De igual manera, resulta de amplio beneficio que en el campo del psicoanálisis se vincule la teoría con la exposición del trabajo clínico realizado con pacientes ya que esto permite hacer extensiva la difusión de material que pueda dar cabida a posteriores cuestionamientos que obliguen a continuar con los estudios y la formación profesional.

En cuanto al trabajo que ahora se expone, se podría decir que parte del título escogido para este escrito proviene del contenido de las sesiones que se llevaron a cabo; es decir, la constancia en su discurso acerca de la dificultad de colocarse como padre y expresado a través de sentimientos ambivalentes de ternura y hostilidad dirigidos hacia sus hijos. Los sentimientos hostiles a los que nos referimos van dirigidos principalmente a su hijo mayor, quien parece funcionar como depositario de toda la angustia que al paciente le genera la relación afectiva y el vínculo que proviene de la relación con su propio padre. Esa dinámica se manifiesta también dentro del análisis por medio de la transferencia y de la sintomatología presentada.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el presente apartado se hablará acerca del problema de las neurosis obsesivas, comenzando desde los postulados que hace Freud respecto al tema y siguiendo con aportaciones postfreudianas que enriquecerán la comprensión de los distintos fenómenos relacionados al tema, tales como la forma en que, desde Freud, se concibe la predisposición del sujeto a la contracción de este tipo de neurosis, los rasgos de carácter que estos sujetos presentan, cómo se da la vinculación con el objeto de amor y la sintomatología presente. Así mismo, será necesario abordar desde las aportaciones teóricas lo relacionado con la función del padre en cuanto a elemento primordial para la estructuración subjetiva. Veremos cómo es la dinámica que se juega en torno al padre para más adelante poder articularlo a la problemática del paciente y poder enlazarlo con la clínica realizada en el caso de neurosis obsesiva que se pretende aquí analizar.

Hasta el momento se ha dicho que el paciente posee cierta estructura, pero será necesario entonces esclarecer primero qué es una estructura psíquica. Sin pretender abarcar el tema y profundizar sobre éste, un esbozo al respecto será suficiente para adentrarse en el tema de la estructuración. Habremos de recordar que una estructura queda constituida a partir de cómo fueron sus encuentros, la resolución edípica y las fijaciones de la pulsión en la fase pre-genital, tal como nos recuerda Freud en 1913 cuando afirma que existe un estadio previo a la fase fálica en donde se desarrolla la dinámica del Complejo de Edipo. Respecto a este periodo postula lo siguiente:

“(…) en él, las pulsiones parciales ya se han reunido en la elección de objeto, además, él ya se contrapone a la persona propia como un objeto ajeno, pero *todavía*

no está instituido el primado de las zonas genitales. Las pulsiones parciales que gobiernan esta *organización pregenital* de la vida sexual son, más bien, las anal eróticas y las sádicas.” (p. 341).

Esta afirmación hecha por Freud nos abre la pauta para ubicar la estructuración del sujeto neurótico obsesivo a partir del supuesto de que existen fijaciones de la pulsión en la etapa anal. Freud (1913) desarrolla la teoría sobre la neurosis obsesiva partiendo de una pregunta: “¿Dónde buscar el origen de estas predisposiciones?” (p. 337), y responde a esta interrogante diciendo que la predisposición a un tipo en particular de elección de neurosis recaerá sobre las inhibiciones del desarrollo y del papel que juega la función sexual en el desarrollo psíquico del sujeto.

En “Carácter y erotismo anal” (1908), Freud ubica el contexto sociocultural de la relación existente entre las heces, lo anal y el valor que se le da al dinero, haciendo un breve recorrido por distintas manifestaciones culturales en donde la caca tiene una relación directa con el valor del oro o el valor en general que el hombre le da a las cosas. Los pacientes neuróticos obsesivos suelen darle gran importancia al dinero, poseen el “carácter ahorrativo” que menciona Freud; sin embargo, estos rasgos surgen posteriormente, tras haberse efectuado una fijación anal; lo que significa que previo a esta etapa, esa importancia sobre la retención no existía. Sobre esto Freud (1908) menciona lo siguiente: “(...) el interés por el dinero emerge como un interés nuevo, inexistente en la infancia.” (p. 158). Así pues, podríamos decir que parte del origen de las neurosis obsesivas se hallaría en la fijación de la pulsión parcial generada a partir del erotismo anal en la primera infancia.

Freud (1913) ubica la manifestación de los síntomas obsesivos desde la temprana infancia, alrededor de los seis a ocho años de edad, sólo después de que se dieran las condiciones necesarias en la fase anal del desarrollo psicosexual; es decir, a partir de la fijación de la pulsión en esta etapa y será entonces, ya llegado el periodo de latencia, que esto comienza a hacerse manifiesto; Freud lo menciona de esta manera: “(...) la neurosis obsesiva manifiesta sus primeros síntomas, por lo común, en el segundo periodo de la infancia (de los seis a los ocho años)”. (p. 338).

No dejemos de lado el papel que la resolución del complejo de Edipo juega en la estructuración de toda neurosis, incluida la neurosis obsesiva. Ya desde la época de 1900 Freud daba énfasis a la rivalidad presente entre el niño y el progenitor del sexo opuesto a quien toma por objeto de amor. Habla de los deseos de muerte que el pequeño niño tiene hacia su padre en la primera infancia cuando lo supone como rival respecto a su objeto de amor que es la madre, y lo mismo le ocurrirá a la niña, quien a su vez conservará el deseo de que la madre muera para ella tomar su lugar frente al padre.

Freud (1900) nos ofrece también el ejemplo clínico de un joven asechado por el reproche obsesivo tras haberse cumplido la muerte de su padre después de una larga enfermedad, impulso que él había exteriorizado a sus siete años de edad aunque su origen fuera aún más temprano en su primera infancia. El joven tenía una “representación obsesiva” en los impulsos de matar a su padre que en la edad adulta se manifestaban en el temor de asesinar, no al padre, sino a quienes le rodeaban y fue a los 31 años, después de la muerte de su padre, que tal reproche obsesivo se transformó en una fobia que le hizo encerrarse en su habitación para evitar asesinar a otros. Freud parte de este punto y de los

ejemplos extraídos de la clínica para equipararlos con la tragedia griega de Sófocles sobre Edipo rey mencionando lo siguiente:

“Quizás a todos nos estuvo deparado dirigir la primera moción sexual hacia la madre y el primer odio y deseo violento hacia el padre; nuestros sueños nos convencen de ello. El rey Edipo, que dio muerte a su padre Layo y desposó a su madre Yocasta, no es sino el cumplimiento de deseo de nuestra infancia. Pero más afortunados que él, y siempre que no nos hayamos vuelto psiconeuróticos, hemos logrado después desasir de nuestra madre nuestras pulsiones sexuales y olvidar los celos que sentimos por nuestro padre.” (p. 271).

Ahora bien, más adelante Freud complementa estas primeras aportaciones y en 1923, como menciona Villamarzo (1989), incluye la instancia superyoica y su relación con el complejo de Edipo. Instancia que conservará, dirá Freud, el carácter del padre y su función como conciencia moral del yo y generadora del sentimiento inconsciente de culpa. Para fines de nuestro interés, es importante la puntualización que hace Villamarzo:

“Como resultado de la *renuncia* o de la *represión* –según los casos- a sus tendencias incestuosas, el niño internalizará la figura paterna y con ella todas las prohibiciones que éste le impuso sobre sus pulsiones. Identificándose con la “ley del padre” – como diría Lacan-, a partir de ese momento esta instancia superyoica se convertirá en su propia conciencia moral.” (p. 298).

Villamarzo continúa su planteamiento ubicando la causa de las neurosis cuando el sujeto sólo reprime en lugar de enfrentarse a la agresividad del padre y a sus tendencias incestuosas para lograr hacer una renuncia a ellas. Así pues, tal como el mismo Freud

plantea en 1905, el complejo de Edipo será considerado el núcleo de todas las neurosis, dependiendo ellas de cuál sea la resolución que el sujeto le da a éste.

Más adelante en la obra freudiana (1923) son introducidas las instancias del yo, ello y superyó. Ubica la génesis del ideal del yo (el cual en este momento tomaba como sinónimo de superyó) en la primera identificación con el padre de la prehistoria y aclara que más bien en este primer momento tal identificación sería con ambos progenitores, ya que padre y madre son valorados de la misma manera al no haber un distingo sobre la diferencia de los sexos y el varón aún no percibe la falta de pene de la niña, por lo que aún no aparece la amenaza de castración.

Freud (1924) agrega que la amenaza de castración aparece en el varón cuando se percata de la diferencia anatómica de los sexos, siendo que supone que en la niña alguna vez hubo pene y le fue retirado; entonces, vivencia como posibilidad que lo mismo le ocurra a él ante la prohibición del onanismo y también en otra de sus formas cuando, por ejemplo, se le reprocha durante su crianza que al amanecer hubo mojado la cama, lo que se equipara con la polución del adulto (Freud señala una diferencia importante entre lo que ocurre con el niño de lo que pasa con la niña respecto a la castración. Siendo entonces que el niño lo vive como una *posibilidad* de castración y la niña como un *hecho ya consumado*. Para fines de nuestro estudio de caso, no profundizaremos sobre lo que acontece en la niña durante el complejo de Edipo y las diferencias que Freud puntualiza al respecto); pero, dice Freud, la angustia de castración no se agota aquí, aparece también en la actitud edípica que el niño vive en esta época con la prohibición del padre.

Estas primeras elecciones de objeto de las que hablábamos anteriormente culminan en la identificación con alguno de los progenitores. En el caso del varón existe una temprana investidura del objeto hacia la madre que comienza en el apuntalamiento con el pecho materno y será, posteriormente, que por medio de la identificación se tome al padre como objeto de amor. En un comienzo estos avanzan paralelamente hasta que los deseos sexuales hacia la madre se refuerzan y se percibe al padre como rival que obstaculiza dichos deseos. Nos encontramos en el momento donde se despliega el complejo de Edipo y aparecerá la hostilidad que distingue la ambivalencia presente en esa bisexualidad (amor hacia ambos progenitores) presente desde el comienzo del desarrollo. La hostilidad llevará al niño a desear eliminar al padre para quedarse con la madre. Esta ambivalencia hacia el padre y actitud tierna hacia la madre es la que se encuentra presente en lo que Freud llama el Edipo positivo.

Cuando se llega a la demolición del complejo de Edipo se resigna entonces aquella investidura de objeto hacia la madre y culminará en dos posibilidades: o se produce una identificación con la madre o un refuerzo de la identificación-padre. Freud considera esta última posibilidad como la más normal y de reforzamiento de la masculinidad que, además, le permitirá conservar el vínculo tierno con la madre.

Freud hace un distingo entre complejo de Edipo completo negativo o positivo que dependerá de la bisexualidad originaria del niño. A partir del sepultamiento del complejo de Edipo pueden desplegarse cuatro posibilidades respecto a la identificación padre, madre y el objeto que toman: para el varón sería una identificación-padre que retiene el objeto-madre en el complejo positivo y para el complejo negativo será una identificación-padre

que retiene al objeto-padre; en la niña podría darse el caso de la identificación-madre que retendrá al objeto-padre o al objeto-madre en caso de ser negativo.

El superyó, como heredero del Edipo dirá: “Así (como el padre) debes ser”, sino que comprende también la prohibición: “Así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace; muchas cosas le están reservadas.” (Freud, 1923, p. 36).

Existe más que decir sobre el superyó, pero esto se retomará más adelante en la construcción del caso de nuestro paciente, articulando la teoría con el trabajo clínico. Sin embargo, para complementar lo anterior, nos remitiremos a Villamarzo (1989) quien retoma a Freud y explica que el superyó surge a partir del intento de solución de conflicto con las figuras parentales; es decir, ante la frustración del pequeño de hacer una renuncia, éste experimenta agresividad que no puede ser fácilmente expresada hacia aquellas figuras ya que son, al mismo tiempo, tan importantes para él que surge el temor de que pudieran retirarle su amor. Ante esto, la salida que toma el niño será la de interiorizar las prohibiciones parentales dando lugar a que posteriormente sea él mismo quien prohíba lo que anteriormente hicieron sus progenitores.

En la neurosis obsesiva, menciona Freud en 1926 en su artículo Inhibición, síntoma y angustia, esta neurosis inicia con la defensa que se torna necesaria ante las exigencias libidinosas que surgen durante el complejo de Edipo. Esta defensa tendría como meta, siguiendo a Freud, un rechazo total o parcial de la organización genital hacia el estadio sádico-anal, donde se produce la fijación de la libido. ¿Cómo resulta esto en el sepultamiento del Edipo? Freud, señala que “el superyó se vuelve particularmente severo y desamorado, el yo desarrolla, en obediencia al superyó, elevadas formaciones reactivas de

la conciencia moral, la compasión, la limpieza.” (p.109). Esta defensa será puesta en marcha tras la angustia de castración que surge en esta etapa.

Otro aspecto importante relacionado con la estructuración obsesiva tiene que ver con las pulsiones agresivas, aquellas que deberán ser reprimidas o tramitadas por medio de mecanismos de defensa que le permitan al sujeto hacer la negociación entre el ello, el superyó punitivo y el yo. Así pues, es que entra en juego la pulsión sádica, la cual no es exclusiva del neurótico obsesivo, pero que pareciera que forma parte esencial en la génesis de esta neurosis, como diría Freud (1913) sobre la pulsión del sadismo, “(...) aún en la vida sexual normal plenamente desarrollada tiene importantes desempeños que cumplir como auxiliar.” (p.342). En el proceso de formación del carácter “(...) la represión no entra en acción, o bien alcanza con tersura su meta de sustituir lo reprimido por unas formaciones reactivas y unas sublimaciones.” (p. 343). Siguiendo a Freud, la neurosis obsesiva es un “brote sublimado” de aquellas pulsiones sádicas que quedan rechazadas en forma de duda. Esto se articula con el carácter compulsivo y lo que sucede entonces es que aquella duda, rasgo tan característico del obsesivo, puede aparecer en forma de pensamiento rumiante que se le impone al sujeto una y otra vez. Por otro lado, otra característica que señala Freud es el desarrollo de una hipermoral que funciona como mecanismo defensivo ante la hostilidad dirigida al objeto de amor.

Hemos hablado ya en varias ocasiones acerca de los mecanismos de defensa que aparecen en este tipo de estructura psíquica, pues bien, será necesario entonces delimitar que uno de estos mecanismos es la formación reactiva, considerado como el mecanismo por excelencia utilizado por sujetos que poseen este tipo de estructuración neurótica y, más específicamente, es también el mecanismo más utilizado por el sujeto al que se alude en

este trabajo. La formación reactiva trabaja sobre las pulsiones anal-sádicas y anal-eróticas, siendo éstas de carácter pre-genital. Se entiende por formación reactiva, siguiendo a Laplanche y Pontalis (1967) en su “Diccionario de Psicoanálisis”, como:

“Actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste (por ejemplo, pudor que se opone a tendencias exhibicionistas).

En términos económicos, la formación reactiva es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la catexis inconsciente.” (p. 162).

Esto quiere decir que el sujeto presenta una carga pulsional no admitida por la conciencia y que al tratar de pasar a ella se topa con el yo del sujeto quien lo percibe de forma angustiante, ya que dichos deseos en la neurosis obsesiva están cargados de libido anal-sádica o erótica. Ésta carga libidinal no podrá ser admitida en la consciencia de forma directa, sino que tendrá que ser disfrazada, gracias a la formación reactiva, en sentimientos opuestos y por lo tanto aceptados por la sociedad y la cultura.

Freud habla también en ese texto acerca de la instauración de “diques” surgidos como formaciones reactivas a partir de la pubertad, entre ellos se menciona la “vergüenza, el asco y la moral”. Por otra parte, respecto al erotismo anal, se podría decir también que, resulta en la sublimación de esta clase de erotismo bajo la forma de formación reactiva y así, el erotismo anal se transforma en rasgos de carácter tales como el orden, la formalidad, ahorratividad, etc. El paciente del que se habla en este trabajo, frecuentemente recurre a este tipo de mecanismo defensivo que se alcanza a escuchar en su discurso cuando constantemente menciona que ante cierta eventualidad él “no se siente molesto”.

Otro elemento importante que se retomará de las aportaciones freudianas será la serie caca-pene-hijo que Freud postula en 1917. Sobre esto se podría decir que desde el inconsciente aparecen sin distinción uno del otro; es decir, pueden ser mudados uno por otro. Desde la concepción freudiana del complejo de castración en la niña puede aparecer en ella una posición masculina en donde, debido a la envidia del pene por la ausencia de éste, en su lugar aparezca el deseo por un hijo. Surgirá entonces un reemplazo de ese deseo por tener un pene igual al del varón por el deseo de tener un hijo, a manera de sustitución del pene. Siguiendo esta lógica del deseo del pene, la mujer también podrá tomar por objeto de amor al hombre a quien cree poseedor de este atributo.

Ahora bien, en cuanto al valor de las heces, Freud en este mismo artículo plantea que el valor que el pequeño le da a las heces como regalo surge a partir de la decisión del niño de continuar en su narcisismo, o bien, por el amor al objeto, entregarle o no al objeto ese regalo proveniente de él, sus heces; que más tarde se sustituirá por el valor del oro y del dinero. Otra cosa sucede también, el niño varón se percató de la diferenciación de los sexos y percibe a la niña castrada, un día tuvo pero se lo quitaron. Esto se asemeja a aquella experiencia previa en donde existió algo del cuerpo que le pertenecía y pudo desprenderse de él tal como sucedió con las heces, de aquí el carácter anal que aparece en ese momento del complejo de castración.

2.1. APORTE POST-FREUDIANO.

Parte de las aportaciones que hace Lacan al psicoanálisis es la utilización del concepto de falo aportando la dimensión de lo que se alude cuando se habla de ausencia o presencia

del pene. Esto debido a que no es el órgano el que tendrá que estar ausente o presente para desencadenar el temor a la castración, sino, como menciona Nasio (1988), será necesaria sólo la representación que el sujeto se construye a partir de él. Este será entonces el falo, aquel que puede ser representado desde el imaginario o desde el registro simbólico y que ocupa un papel central en el complejo de castración.

Siguiendo con lo trabajado por Nasio (1988), éste define al falo imaginario como aquella “(...) representación psíquica inconsciente que resulta de tres factores: anatómico, libidinal y fantasmático.” (p. 46). Parte de lo anatómico en cuanto a que toma como modelo al pene como ese órgano capaz de estar presente o ausente en la diferenciación de los sexos, posee una carga libidinal que favorece el autoerotismo y el carácter fantasmático será en relación a la angustia de que el órgano pueda ser castrado.

El segundo término que se destaca de los aportes lacanianos es el falo simbólico, este será aquel que posea el atributo ya no de estar presente o ausente “(...) sino de que ocupe uno de los lugares en una serie de términos equivalentes.” (Nasio, 1988, p.47), el ejemplo que utiliza el autor para clarificar a qué se refiere con “términos equivalentes” es la sustitución de falo por la cadena pene-heces-regalo y que funciona como condición para que esa cadena pueda generarse a partir de la castración.

2.2. CASO DE NEUROSIS OBSESIVA: EL HOMBRE DE LAS RATAS.

En 1909 Freud escribe el caso del Hombre de las Ratas en donde trabaja acerca de la neurosis obsesiva. Los aportes del análisis de este caso son muy amplios; sin embargo, retomaremos sólo aquello que nos da un esbozo sobre los fenómenos sintomatológicos y

rasgos obsesivos presentes en este tipo de neurosis que nuestro paciente comparte. Así mismo, este breve esbozo del caso permitirá que más adelante abordemos la función del padre partiendo de las aportaciones que nos dan algunos autores postfreudianos.

Freud formula el caso después de haber atendido a un joven de formación universitaria quien acude a él debido a que presenta el temor de que algo les suceda a su padre y a la mujer que admira y quien padece de representaciones e impulsos obsesivos manifestados a través de distintos síntomas. El tratamiento se prolongó alrededor de un año y logró, en palabras de Freud (1909), el “restablecimiento total de la personalidad y la cancelación de sus inhibiciones” (p. 123).

El paciente presentaba pensamientos ominosos, sobre la muerte de su padre, seguidos éstos por un temor a que tras haber tenido dichos pensamientos algo terrible sucedería. Así mismo, presentaba fantasías con una carga de “placer ignorado por él mismo” siempre acompañados de una sanción o castigo posterior destinado a evitar el cumplimiento de éstas. Hablaba también sobre pensamientos sentidos como mandatos para evitar que cosas malas sucedieran y de *impulsos suicidas* que obedecían a una “reacción frente a una ira enorme, no aprehensible por la conciencia, contra una persona que aparece como perturbadora del amor.” (Freud, 1909, p. 149).

En este texto de 1909, Freud hace énfasis en que los factores constitutivos de las neurosis deben ser rastreados en la vida sexual infantil. Habla también de la racionalización que hace el paciente de sus acciones obsesivas y el uso extenso del desplazamiento, de una lucha ante la ambivalencia amor-odio dirigidos a una persona, del carácter compulsivo presentado en sus síntomas, de la característica de omnipotencia de deseos y pensamientos,

de la presencia de supersticiones, la predilección por la duda y del funcionamiento de la represión en la amnesia infantil. Algunos de estos síntomas corresponden también a los que se expondrá más adelante sobre el paciente del que pretendemos trabajar.

Así mismo, Freud (1909) propone hablar sobre un “pensar obsesivo” y sobre actos psíquicos obsesivos entendidos como “deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandamientos y prohibiciones”. (p.173). Por otra parte, trabaja la transferencia del paciente sobre la figura del analista en tanto que se actualizaba allí, por ejemplo, la culpa y el deseo de recibir un castigo.

Lo anteriormente expuesto nos es de utilidad para hacer una comparativa entre la sintomatología del joven de las ratas con algunos de los síntomas que nuestro paciente presentaba y que corresponden a síntomas de carácter obsesivo. Podemos aquí adelantar que nuestro paciente, al igual que el hombre de las ratas, sufría principalmente por el sentimiento de culpa generado por la carga pulsional agresiva dirigida al otro. Así mismo, a nuestro paciente lo acecha la duda manifestada en aspectos relacionados con su estado de salud, el uso de mecanismos defensivos como la racionalización e intelectualización, entre otros síntomas que se expondrán y desarrollarán más adelante.

2.3. APORTES POST-FREUDIANOS SOBRE LA FUNCIÓN DEL PADRE A PARTIR DEL HOMBRE DE LAS RATAS.

La exposición del caso del Hombre de las Ratas nos permite en este momento hacer mención de algunos de los conceptos y aportaciones post-freudianas que algunos autores

logran articular en su análisis del caso. A continuación mencionaremos sólo algunos de ellos.

Freud, a través de su análisis del caso, expone aspectos de la técnica que nos resultan fundamentales, en este caso, la utilización de la transferencia en la neurosis como medio para finalizarla. Además, se resalta la importancia de que en ese momento Freud aún no hablaba del superyó y deja de lado elementos como la castración y la homosexualidad. (O. Mannoni, 1988, p. 90).

Así mismo, esta visión post-freudiana permite tomar en cuenta las limitaciones que surgen a partir del papel que ejerce el padre real en las familias; es decir, cuando aparece un padre con ciertas características en relación a la autoridad que ejerce, siendo que sea demeritado por la madre, autoritario, incapaz de hacerse cargo de la educación de sus hijos y cediendo entonces su autoridad a la madre. Lo que O. Masotta (1988) retoma de Leclair y Bibring cuando dice que “la madre ha sido ‘too much of mother’ y el padre ‘seemed to have been missing’” (p.13), y culmina diciendo que “Es cierto que el ejercicio efectivo de la autoridad por el padre define en el interior de la familia un aspecto de la función que nosotros llamamos función del padre. Pero no lo agota.” (p. 14).

La aportación post-freudiana, siguiendo los aportes del autor, radica en cómo entra en juego la función paterna:

“...la función que en este caso el sujeto trata de reconstruir es, en primer lugar, la función del padre. Comprenderíamos entonces que los conceptos lacanianos de metáfora paternal, nombre del padre, deuda simbólica y Ley vienen a llenar un lugar vacante en la teoría post-freudiana.” (O. Masotta, 1988, p. 9).

Hace hincapié en que para el análisis del caso se debe hacer referencia, no al Edipo, sino a la castración y la relación del sujeto con la Ley y retoma lo formulado por Lacan cuando dice que “...no es necesario que el padre falte para que falte la función del padre.” (p.21). Esto para resaltar la importancia que toma la identificación del sujeto con la función paterna en su etapa estructural y por lo que hace la distinción e introducción de la noción de padre simbólico y nombre del padre, las cuales define de la siguiente manera: “Lacan llama *padre simbólico* a la función que no puede permanecer ajena a esta intersección (agreguemos nosotros: del guante social y la palabra) y *nombre del padre* a la relación intersubjetiva por donde el sujeto identifica a la persona del padre con la figura de la Ley.” (1988, p.21).

Otro autor, Sebastián León (2013), enfatiza que en este caso, durante el Edipo, aparece la hostilidad del joven hacia el padre generada por los deseos hacia la madre, pero que a nivel consciencia mantenía en un lugar amoroso a este mismo padre que lo separa de la madre, situación tal que manifiesta la ambivalencia. Es así que la represión de esta hostilidad infantil hacia el padre desencadena la neurosis obsesiva de este joven. Este aporte nos permite hacer una rápida vista panorámica de cómo entra en juego la triangulación edípica en la formación de la neurosis.

Lo mencionado anteriormente, si bien no agota el tema de los aportes post-freudianos sobre la neurosis obsesiva, nos permite crearnos un panorama más amplio sobre este tipo de estructura psíquica y los elementos que entran en juego y conforman la dinámica obsesiva.

2.4. EL PAPEL DEL PADRE EN LA NEUROSIS OBSESIVA

Estas formulaciones básicas acerca de la neurosis obsesiva abren un nuevo planteamiento, si todo comienza en la etapa genital a partir de fijaciones de la pulsión en ésta, ¿en qué momento el sujeto deviene neurótico obsesivo como tipo de estructuración subjetiva? Esto tendrá sus primeras expresiones en la etapa anal, pero será hasta más tarde, después de cómo se haya resuelto la castración en el Edipo, que el sujeto deviene neurótico obsesivo. Para ampliar esta formulación se tomarán también aportes post-freudianos respecto al papel que juega el padre en el Complejo de Edipo y cómo éste se torna crucial en su estructuración.

Freud habla acerca de la importancia del padre como ese tercero que permitirá que se despliegue la trama edípica. En el texto “Tótem y Tabú” (1913), Freud hace un recorrido a través de distintas culturas para decirnos que desde las épocas más antiguas y desde las civilizaciones más primitivas hay algo que prevalece en todas ellas, esto es la prohibición del incesto, el “no”. A partir de allí surge la cultura y también a partir de allí es que se posibilita que el sujeto se estructure, el niño puede estar con todas las mujeres menos con las de su clan, con todas menos con la madre. A esas mujeres sólo el padre puede tener acceso, aparece entonces el padre de la horda primitiva, aquel padre violento al cual los hijos deberán derrocar para zafarse de tal sometimiento.

En este mito, tal como lo llama J. Dor (1989), los hermanos matan a ese padre violento y después, a través de un acto canivalístico, se lo comen identificándose con él; hecho tal que culmina en el sentimiento de culpabilidad proveniente del asesinato del padre y de los deseos incestuosos por la madre. Así pues, desde esos referentes culturales es que

se le atribuye al padre la función de separar al hijo, junto con sus exigencias sexuales, de la madre. El padre tendrá entonces la función de aplicar ley de la prohibición del incesto.

Volviendo a lo mencionado anteriormente, Freud deja claro que el padre no es precisamente el padre real a quien se refiere, sino de la función que éste realiza, pero es Lacan quien profundiza más al respecto y agrega que deberá hacerse entonces una distinción entre el padre real, el padre simbólico y el padre imaginario que él propone.

2.4.1. APORTES POST-FREUDIANOS EN RELACIÓN AL LUGAR DEL PADRE.

Lacan parte del supuesto de que la relación del niño con la ley paterna comienza desde sus primeros años de vida, en una época previa a la que Freud ubicaba respecto a la resolución del Edipo y la instauración de la ley del padre. Ahora bien, Lacan le otorga un papel esencial al padre al colocarlo como aquél que le permite al niño devenir sujeto, poder hacer una separación de esa diada madre-hijo que de continuar así resultaría alienante para el sujeto, pero habremos de tomar en cuenta que también distingue al padre en distintas dimensiones, habla del padre real, simbólico e imaginario. La referencia que hacemos sobre los aportes lacanianos es en cuanto a la importancia que se le da a la función paterna, más allá de un padre real que encarne dicha función.

En el retorno a Freud que hace Lacan, siguiendo con lo trabajado por J. Dor (1989), éste último hace un recorrido sobre cómo es que van surgiendo el padre y la función del padre en los tres registros de Lacan y comienza partiendo de la siguiente pregunta: “¿Hace falta un hombre para que haya un padre?” (p. 31). Esta pregunta nos abre el camino para comenzar a cuestionarnos acerca del papel que tiene el padre real en la configuración

edípica y se podría decir entonces, siguiendo al autor, que para que surja desde el plano simbólico el “hombre, en cuanto padre”, debe éste poseer la atribución del falo y, por el contrario el hombre tal cual da prueba de que se encuentra desprovisto del falo, pero agrega más adelante (1991) que es necesario que el padre sea significado al niño para que pueda entrar en la dinámica de la función paterna desde lo simbólico, esté o no esté presente el padre real y quien permite que sea significado por el niño es la madre puesto que es ella quien lo introduce.

Pasemos a la función paterna ligándola a lo que sucedía en la horda primitiva en donde el niño ama y odia a aquél que posee el falo y, además, agreguemos que de ese odio y la muerte dada al padre surge la culpa; todo esto ya desde el registro simbólico, y junto con esa culpa la “deuda retrospectiva”, un miedo aún mayor al padre muerto que instaura la prohibición del incesto. Joël Dor (1989) lo clarifica diciendo: “De este comentario freudiano se desprende una consecuencia capital: *sólo la muerte, celebrada y llorada, a la vez, instituye al difunto devorado como Padre.*” (p. 36).

Entonces, la propuesta lacaniana postula que a partir de esa muerte del hombre se da lugar simbólicamente al Padre, lo que trae como consecuencia que todos los hombres deban renunciar a las mujeres (partiendo del mito de la horda primitiva) menos uno, aquel reconocido en el lugar del Padre, aquel que posee el atributo del falo y que por lo tanto queda fuera de la función fálica de la castración y funda esa Ley de la castración en los demás. Este padre poseedor imaginariamente del falo será entonces el padre simbólico con su significante que es el Nombre-del-Padre. Así, Lacan va más allá de esta distinción entre registros al afirmar que entonces el padre no es un objeto real sino una metáfora; entendiendo metáfora como la sustitución de un significante por otro significante,

sustitución del falo por el significante del Nombre-del-Padre. Podemos entonces concluir que “No hace falta necesariamente un hombre para que haya un padre”. (J. Dor, 1989, p.39).

Lacan menciona: “La función del padre en el Complejo de Edipo es ser un significante sustituido al significante, es decir, al primer significante introducido en la simbolización, o sea el significante materno.” (Lacan, 1958). Con esto se podrá decir entonces, siguiendo con las aportaciones de J. Dor (1989), que el devenir sujeto del niño se logra a partir de esta introducción al campo de lo simbólico a través de la metáfora del Nombre-del-Padre y que el sujeto será entonces un sujeto deseante ya que a partir de ese momento emprenderá una búsqueda interminable de ese objeto perdido causa de su deseo y que promete colmarlo, aquel objeto que sólo imaginariamente se *tiene* o *no se tiene*, se *es* o *no se es*, el falo.

Agreguemos, siguiendo a S. León (2013), que la función paterna sería entonces la existencia de un padre capaz de castrar y encarnar la ley, situación que permitirá que el niño pueda identificarse con una imagen paterna que cumpla esta función simbólica del Padre. Esta función paterna será la que permita desarrollar el superyó y superar la fijación en el Edipo, pero siendo que no hay padre que pueda simbolizar y encarnar al Padre, es que entonces Lacan formula el concepto del “nombre del padre” asociado al lugar y no a la persona.

Para articular las vicisitudes a las que nuestro paciente se enfrenta y siguiendo lo trabajado por B. This (1980), en nuestra cultura desde el registro imaginario en ocasiones el padre ocupa el lugar de “buen padre” a partir de donde el sujeto se posiciona idealmente

como un sujeto feliz por el nacimiento del hijo; pero no perdamos de vista que, tal como menciona el autor, cada individuo lo vive de forma distinta y afortunadamente “¡El padre ‘imaginario’ no es el padre ‘real’, felizmente!” (p.104). Lo que el autor trata de enfatizar es el factor aplastante que el sujeto vivencia cuando trata de ocupar ese lugar idealizado de padre completo; es decir, cuando se suprimen todos aquellos afectos negativos que despierta el nacimiento de un hijo, la rivalidad con éste nuevo ser y el posible sentimiento de quedar excluido ante la diada madre-hijo que se genera. En otras palabras, los fantasmas inconscientes que rondan las vivencias en la paternidad.

Así mismo, desde lo social se observa que actualmente la figura del padre ha sufrido cierta degradación apareciendo como “un padre disfuncional, carente, incluso humillado” (S. León, 2013, p.58), lo que trae por consecuencia que el complejo de Edipo en lugar de normativizar, funcione como patógeno. Entonces, si existe un padre capaz de asumir esta función, ser Nombre del Padre y sexuado, quedará desde lo real cubierto por lo simbólico y podrá mediar el goce incestuoso. Así pues, la función paterna será también mediación y operará como un tercero.

Otro aporte muy enriquecedor es el winnicotiano. Sobre esto podemos hacer un rápido esbozo destacando el aporte del concepto del “padre suficientemente bueno” el cual será capaz de funcionar como complemento o incluso sustituto de la madre, encarnará la ley, funcionará como modelo identificatorio para el yo y, por último, podrá enriquecer en la parte creativa y lúdica (S. León, 2013).

Winnicott da un lugar de importancia al ambiente facilitador en el cual participa el padre. También propone una cualidad de dureza al padre preedípico y edípico en cuanto a

su capacidad de sobrevivir a las mociones agresivas, hacer de contención de la conducta impulsiva y el contenido agresivo de las fantasías. A diferencia de Lacan, el padre para Winnicott es real en cuanto demuestra poder sobrevivir a este ataque agresivo del niño. Esta situación, agrega Winnicott será revivida en la adolescencia. (S. León, 2013).

2.5. ALGUNOS LINEAMIENTOS SOBRE LA ESTRUCTURACIÓN OBSESIVA DEL SUJETO.

Nos aproximaremos a la articulación del Padre con la neurosis obsesiva siguiendo a J. Dor (1989). Algo que se presenta en el sujeto obsesivo es la particularidad que se juega en la relación madre-hijo; esto es, el hijo percibe ambigüedad en la madre en tanto a que el padre, poseedor del falo, termine de colmar su deseo. Este titubeo en la percepción sobre la madre le permite al hijo colarse imaginariamente en el lugar de ser aquel que puede *suplir la satisfacción* del deseo de la madre, se trata sólo de una suplencia parcial de ese deseo materno, ya que de ser el caso de que el niño se coloque como aquel que sustituye por completo al objeto de deseo materno nos acercaríamos más a un tipo de estructuración perversa o psicótica.

El obsesivo será entonces, como menciona aquí el autor, un “nostálgico del ser” y alguien que se habría sentido como el más amado por la madre. Se menciona esta cualidad como nostalgia precisamente por el hecho de que nunca podrá encontrar ser esa plena satisfacción del deseo materno, pero siempre insistirá en encontrarlo. El niño devendrá sujeto a esa insatisfacción de la madre.

Al haber sido colocado como aquel pequeño infante que gozaba de un lugar privilegiado frente a la madre trae como consecuencia que aparezca la culpabilidad por haber estado frente a esa relación casi incestuosa durante el momento de la castración. De igual manera, constantemente aparecerá la rivalidad originada a partir de la imago paterna atribuida de la función fálica instauradora del complejo de castración.

Estas delimitaciones el autor las explora con mayor detalle en su texto de 1991 acerca de las estructuras clínicas, allí amplía las consideraciones que se han de tener desde el psicoanálisis sobre la dinámica que aparece. Para hablar de estructura tendremos que remitirnos forzosamente al Complejo de Edipo y lo que sucede durante este periodo; no obstante, no se pretende en este espacio abarcar todas las teorizaciones al respecto, simplemente tomar algunos elementos que permitan dar cuenta de la dinámica en torno a la instauración de la Ley, hablando en términos lacanianos.

“El Edipo es y sigue siendo siempre una movilización imaginaria en el niño. Ante todo es para él una trayectoria imaginaria que “se ofrece” para resolver subjetivamente el enigma que le plantea la diferencia de los sexos (...) para encontrar una respuesta satisfactoria a esa pregunta.” (J. Dor, 1991, p.37).

Así, vuelve a aparecer la dialéctica entre el *ser* y *tener* el falo. Siendo que en un primer momento el niño se identifica con el falo materno, él *es* el falo que colma a la madre y sólo a partir de la castración simbólica que se efectúe éste podrá pasar a nuevas identificaciones, ya sea con quien no tiene el falo o con quien desde su supuesto lo tiene. Entonces, es este falo el que pone en marcha el deseo de los tres integrantes de esta dinámica y será la función paterna la que logre mediatizar el deseo. Otro momento aparece

cuando a través de la propia madre se cuestiona esa identificación con el falo, cuando la madre introduce al padre imaginario como objeto de su deseo, es aquí donde el padre, como objeto fálico, se vuelve un rival para el niño frente a la madre. Será la madre quien llevará al niño al terreno de la castración; es decir, “al pasaje del ser al tener”.

Por otra parte, se habla también de cómo se articula el cuerpo como favorecedor de este tipo de estructura y al respecto J. Dor (1991) considera que ya desde Freud se habían puesto las cartas sobre la mesa, en el sentido de que, a través de su teoría de la seducción, se forma un vínculo importante con la madre. Este acceso al cuerpo será también el que favorezca al goce. Así mismo, Freud hace la propuesta de que el sentimiento de culpa aparecerá también en relación con esa seducción en las primeras etapas del niño y ante los cuales se pondrán en marcha mecanismos de defensa que permitan tramitar la angustia originada por la culpabilidad y los sentimientos hostiles hacia ese padre terrible que funge como castrador. Algunos de los mecanismos de defensa utilizados, según J. Dor, serán el aislamiento y la anulación retroactiva.

Entendiendo al aislamiento como: “(...) 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.” (Laplanche & Pontalis, 1967. p. 17). Y la anulación retroactiva como: “hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotados de una significación opuesta. Se trata de una compulsión de tipo «mágico» particularmente característica de la neurosis obsesiva.” (Laplanche & Pontalis, 1967. p. 28).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS.

Método de intervención psicoanalítica. Éste se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa constatando las siguientes características:

- Investigación cualitativa:

Método de investigación centrado en principios fenomenológicos que buscan la comprensión y orientación de datos en deliberaciones subjetivas que no pueden ser generalizadas y se extraen a partir de observaciones.

- Objetivo de la investigación cualitativa:

La expresión de los aspectos subjetivos como búsqueda de verdad en los casos investigados, encontrando en el sujeto las mismas fuentes de conocimiento.

- Estudio de caso psicoanalítico:

Estrategia de intervención clínica cuya función primordial es la transmisión de un saber, permitiendo indagar sobre los procesos inconscientes que guíen a una ampliación teórica-práctica del quehacer psicoanalítico.

Modelo psicoanalítico.

Dispositivo Analítico:

- 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.”
(Laplanche & Pontalis, p. 35).

- Atención parejamente 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.” (Laplanche & Pontalis, p. 37).

“Desautoriza todo recurso auxiliar, aún el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse [merken] en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma «atención parejamente flotante», como ya una vez la he bautizado.” (Freud, p. 111, T. XII). “(...) «Uno debe alejar cualquier injerencia conciente sobre su capacidad de fijarse, y abandonarse por entero a sus "memorias inconcientes"; o, expresado esto en términos puramente técnicos: «Uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo».” (Freud, p.112, T. XII).

- 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.” (Laplanche & Pontalis, p. 256).

“(…) El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado.” (Freud, p.117, T. XII).

- 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.” (Laplanche & Pontalis, p. 3).

Encuadre:

- Horarios: Miércoles, 5:00 p.m.
- Frecuencias por semana: Dos al inicio del tratamiento y una al finalizar.
- Tiempo de sesión: 45-50 minutos.
- Honorarios: 100 pesos. Entregados al terapeuta y a su vez pagados por éste a la Unidad de Servicios Psicológicos.
- Posición: Frente a frente.

Proceso Analítico:

- 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.” (Laplanche & Pontalis, p. 439).
- 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. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una «vejación psicológica»” (Laplanche & Pontalis, p. 384).
- 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.” (Laplanche & Pontalis, p. 106).

- Intervención: Procedimiento por el cual, el analista da a conocer al analizado aquello que aparece en el mismo discurso del paciente y es guiado por la atención libremente flotante del analista.

Instrumentos:

- Interpretación: Intervención del analista que tiende a exponer los contenidos latentes que se presentan por el análisis de las revelaciones verbales y actitudinales. “Señala siempre algo que le pertenece en propiedad al paciente, de lo que él, sin embargo, no tiene conocimiento.” (Etchegoyen, p.287).
- Señalamiento: “El señalamiento, como su nombre indica, señala algo, circunscribe un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información. (...) es decir, realmente señalando un hecho, señalando algo que no ha sido advertido por el analizado y que no sabemos si es conciente para él. (...) lo característico es, de todos modos, que el señalamiento contribuye a circunscribir un área determinada para la investigación ulterior.” (Etchegoyen, p. 280).
- Confrontación: “Como su nombre lo indica, la confrontación muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta una contradicción. (...) lo fundamental es enfrentar al paciente con una contradicción. Confrontar es poner frente a frente dos elementos simultáneos y contrastantes, que pueden darse tanto en el material verbal como en la conducta.” (Etchegoyen, p.281).

- Construcción: Elaboración que realiza el analista del material interpretativo, designada a la reconstrucción de los aspectos fantaseados y reales de la historia infantil del paciente. “(...) la construcción supone juntar varios elementos para formar algo. (...) se refiere al pasado, intenta develar una situación histórica, algo que pasó y fue determinante en la vida del sujeto.” (Etchegoyen, p. 313). “La característica de la construcción es que puede compararse con los recuerdos del paciente, con su historia.” (Etchegoyen, p.315).

Procedimientos:

- Método de la 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. El método de la asociación libre es un constitutivo de la técnica psicoanalítica.” (Laplanche & Pontalis, p. 35).
- Formas de intervención: En la clínica psicoanalítica los instrumentos de intervención son: la interpretación, señalamientos, confrontación y construcción, todos dentro del proceso analítico con el fin de hacer consciente lo inconsciente.
- Frecuencias por semana: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.

- Honorarios: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.
- Tiempo: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.
- Condiciones institucionales: Debido a que el caso se presentó en una institución educativa los periodos establecidos de vacaciones son en base al el calendario escolar vigente en curso.

3.2. TÉCNICA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Instrumentos para recabar información:

- Ficha de identificación
- Discurso del paciente (Asociación libre)
- Viñeta clínica
- Preguntas sobre datos específicos

Instrumentos de concientización:

- Interpretación
- Señalamientos
- Confrontación
- Construcción

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1. HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: Javier Alfonso.

Sexo: Masculino.

Edad: 39 años.

Profesión: Médico.

Javier Alfonso comienza su tratamiento en Junio de 2011 lo interrumpe en Octubre de 2012, siendo un año y cuatro meses de tratamiento en los que asistió durante menos de un año en frecuencias de dos veces por semana y después, durante el resto del tratamiento, en frecuencias de una sola vez por semana, diciendo que por motivos de trabajo no podía seguir acudiendo dos veces a la semana. Su tratamiento se llevó a cabo en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, U.A.N.L.

El paciente tiene 39 años cuando llega a tratamiento, es de complexión gruesa, pero sin que aparentemente su sobrepeso pueda parecer causa de alguna enfermedad grave. Es de estatura baja, tez morena y regularmente llega vestido casual con pantalón de vestir, zapatos y camisa casuales. Comenta que es de religión católica.

Asiste a tratamiento diciendo que últimamente se había sentido muy estresado y que él cree que estaba relacionado con que diez días antes tuvo una “*crisis*” en donde se sintió muy mal y no podía dejar de mover las piernas (en un movimiento involuntario), mencionó que ha estado “*somatizando*” todo el estrés. Menciona que él es médico y que le dio mucho miedo creer que estuviera enfermo del hígado porque su mamá falleció de cirrosis, pero que

lo que sucedió fue que le detectaron hígado graso y desde ese momento comenzó una dieta y a ejercitarse un poco para intentar mejorar su estado de salud.

Durante el tiempo que duró el tratamiento el paciente habla con un tono de voz moderado y usa palabras formales evitando decir maldiciones, las cuales sólo las dijo en un par de ocasiones. Regularmente utiliza lenguaje técnico cuando habla acerca de su trabajo o cuando habla acerca de algún padecimiento o enfermedad, lo que provoca que en muchas ocasiones la terapeuta no logre recordar los términos exactos que utiliza. A lo largo del tratamiento muestra desacuerdo ante la mayoría de los señalamientos que se le hacen y da alguna justificación del por qué.

Desde la primer sesión menciona que trabaja en una clínica del Seguro Social en el área directiva, pero no es sino hasta algunas sesiones posteriores que aclara que su puesto no es el de director, sino que sólo está como jefe de médicos en el área directiva. Más adelante en el tratamiento dice que su puesto en la clínica es con contrato de “empleado de confianza”, lo cual le proporciona algunas ventajas y desventajas. Respecto a las ventajas que él encuentra, menciona que es el hecho de que se puede saltar algunos procedimientos para poder ser atendido, él o su familia, en el Seguro Social; pero menciona que no le gusta saltarse dichos procedimientos. Por otra parte, lo que no le gusta de ser “empleado de confianza” es que su horario no es fijo y no tiene hora de salida definida.

Así mismo, expresaba que ser médico y tener ese puesto le daba “*ventajas*” y “*beneficios*”, como el de no checar la salida en el trabajo, tener juntas mensuales y no estar todo el tiempo en el consultorio, así como también no hacer filas cuando llevaba a su hijo a

consultar, pero que no le gusta tener que utilizar esos beneficios por lo que intentaba no usarlos.

El paciente se describe a sí mismo como una persona seria, responsable, estricto y dice en ocasiones que esa forma de ser es la que le permitió lograr tener ese puesto dentro del Seguro Social.

RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

FAMILIA

Él es el penúltimo hijo de 11 hermanos (hombres y mujeres) y en su familia le decían que de todos él era el que menos posibilidades tenía de salir adelante y que finalmente no fue así, constantemente destacaba sus logros académicos y profesionales por encima de los de sus hermanos. Al inicio del tratamiento describe a su familia diciendo que “*no es funcional*” porque sus hermanas hacen alianzas entre ellas y ha habido problemas ocasionados por la hermana mayor, Amelia, quien se alejó por muchos años de la familia. Además, cuenta que por muchos años él mismo también se alejó de su familia y no iba a visitar a su papá, lo cual comenzó a hacer hasta un año antes de iniciar su tratamiento. Su esposa no lleva una buena relación con su padre y tampoco con sus hermanas desde una ocasión en la que su esposa se peleó con ellas en una reunión familiar, motivo por el cual él refiere que también se ha alejado de la familia.

La madre.

Desde la primera sesión menciona que cuando él aún era estudiante de medicina su mamá se enfermó de cirrosis y él “*vivió toda su enfermedad*”, ya que le tocó ver todos los síntomas que fue presentando como las diarreas o cambios de humor.

Un evento significativo es cuando relata que nunca olvidaría cuando un día, antes de irse a la escuela, su mamá no lo despidió como regularmente lo hacía diciendo: “*que Dios te bendiga*”; sino que, en esa ocasión no le dijo nada y él se fue; entonces más tarde su hermana le informó que la mamá estaba muy mal y diez días después falleció. Hablando sobre los últimos días de su madre en el hospital, menciona que él le hizo un estudio (*la terapeuta no logra recordar el nombre de ese estudio ya que frecuentemente utilizaba lenguaje médico y técnico con el cual no estaba familiarizada*), entonces al preguntarle si fue él quien lo realizó corrige diciendo que no, que en esa época él era estudiante. Hablar en primera persona respecto a temas relacionados con el lugar de médico, como mencionar que él le realizó los estudios, es otro elemento que resulta de importancia en los señalamientos y el desarrollo del caso.

Por otra parte, también comenta que su mamá presentó cambios de humor, se comportaba diferente a como ella era normalmente y que eso es parte de los síntomas de la enfermedad que padecía. Dice que cuando su mamá falleció él estaba en exámenes finales, pero esto no perjudicó su desempeño académico, y agrega que “*se le juntó todo*”, pero que lloró una sola vez y no lo volvió a hacer porque le había dicho a su mamá que él saldría adelante y terminaría la escuela.

Durante el tratamiento no habla mucho sobre su madre sino hasta los últimos 3 meses aproximadamente cuando, al preguntarle sobre la muerte de su mamá, vuelve a mencionar que ella murió de cirrosis y comienza a dar explicaciones utilizando lenguaje técnico de la medicina y diciendo que anteriormente se creía que la cirrosis era provocada por el alcohol solamente, pero ahora se sabe que puede comenzar por padecer hígado graso o por transfusiones sanguíneas, por lo que el paciente comenta que él cree que su madre se enfermó de cirrosis por alguna transfusión sanguínea a la cual fue sometida en alguna ocasión.

Hermanos.

Respecto a la hermana mayor, Amelia, el paciente le da un lugar importante en la dinámica familiar ya que en varias ocasiones habla de ella diciendo cómo es que a partir de varios eventos que “*ella ocasionó*” la familia se había separado. Amelia tiene hijos grandes quienes no se acercan a la familia y viven en Estados Unidos.

Respecto al resto de sus hermanos, casi no habla de ellos salvo en una ocasión, casi al final del periodo que estuvo en tratamiento, cuando menciona que dos de sus hermanos y una hermana estuvieron también enfermos de hígado graso; sin embargo, no especifica quiénes de sus hermanos padecían la enfermedad.

Después de un año de tratamiento habla sobre su hermano menor, Antonio, y menciona que él tiene el recuerdo de que se sintió “*desplazado*” cuando él nació. Cuenta que su hermano es cuatro años menor que él y relata que cuando nació sintió como si sus papás ya no lo quisieran y además, puesto que cumplen años en una fecha cercana, los papás solían festejarlos juntos y en ocasiones también los vestían igual, pero que eso último no le

molestaba. Agrega también que Antonio “*siempre fue el más protegido*” por su mamá y que cuando nació estuvo enfermo de algo que él ahora cree que fue pulmonía, pero no está seguro, y por esa razón estuvo grave en el hospital. Así mismo, recuerda que su madre abrigaba mucho a su hermano vistiéndolo con mucha ropa, hecho que asocia con su propio hijo Alfonso.

Hijos.

El paciente tiene dos hijos varones y desde la primer sesión también habla acerca de su hijo mayor, Alfonso, quien tenía cuatro años de edad al inicio del tratamiento y relata que el niño también estuvo asistiendo a terapia en la misma clínica de la U.A.N.L. por un periodo de seis meses antes de que él mismo comenzara allí su tratamiento. Al mismo tiempo su hijo asistía a una escuela especial para niños con discapacidades, a terapia con caballos y a otra institución más.

El paciente cuenta que su hijo mayor nació prematuro, de cinco meses y tres semanas, y que si ahora sólo tiene una discapacidad motriz fue el menor daño que pudo haber tenido dadas las circunstancias de su nacimiento, y menciona haber llorado por eso sólo una vez. Más adelante en el tratamiento habla sobre cómo la relación con su esposa cambió a partir del nacimiento de su hijo mayor. Respecto a su hijo Alfonso, continuamente se refiere a él con ambivalencia, dejando ver matices agresivos en su discurso que inmediatamente después racionaliza.

Javier Alfonso en muchas ocasiones habla acerca de la condición “*diferente*” de su hijo y cómo es que en ocasiones él tenía que explicarle a su esposa o a la personas que conviven

con él (como las maestras de la escuela) cuáles son los cuidados que deben tener con el niño, ya sea en el día a día o cuando su hijo enferma de algo. Al paciente se le dificultaba dejar de lado su rol de médico ante estas situaciones por lo que él refería que era él mismo quien le recetaba medicamentos cuando enfermaba. Sin embargo, durante el periodo final del tiempo que estuvo en tratamiento, el paciente procuró llevarlo con otro médico para su atención.

Durante el transcurso del tratamiento tanto Javier Alfonso como su esposa se plantearon la posibilidad de que su hijo mayor tuviera una operación en las piernas con el objetivo de mejorar su condición motriz; sin embargo, no quedó claro para la terapeuta si eso fue propuesto por algún médico o por el propio paciente. En la actualidad el niño permanecía en una silla de ruedas, pero tuvo avances en sus terapias de rehabilitación, por lo que en los últimos tres o cuatro meses del tratamiento el paciente refirió que su hijo ya podía caminar con muletas y levantarse de la silla de ruedas con apoyo de éstas.

Más adelante en el tratamiento, el paciente dice que su hijo Alfonso algunas veces intentaba caminar y otras, a propósito, no lo hacía; o bien, que tampoco controlaba sus esfínteres (siendo que ya lo había logrado) porque creía que con eso el niño le “*trata de decir algo*” y pensaba que lo estaba “*manipulando*”. Así mismo, el paciente comentó que su hijo también tiene estrabismo y dificultades en la motricidad fina, pero que en la escuela logra realizar las actividades que le piden. Javier Alfonso constantemente hace asociaciones identificándose con su hijo Alfonso, al mismo tiempo que mostraba muchas resistencias cuando se le hacían señalamientos al respecto.

La esposa.

Durante su tratamiento Javier Alfonso mencionó haber tenido múltiples conflictos con su esposa, la mayoría de ellos derivados de situaciones en las que sus hijos también estuvieron involucrados; es decir, conflictos ocasionados por la forma en que ella establecía las reglas en casa para sus hijos y los cuidados que ella tenía con ellos; los cuales, desde la perspectiva de nuestro paciente, no eran buenos ya que ella aunque estuviera en casa con los niños no los vigilaba para evitar que, por ejemplo, el hijo menor rayara las paredes; o bien, como en una ocasión que el paciente relató que llegó a la casa y encontró al hijo menor, de dos años, arriba de la mesa de la cocina y su esposa no estaba cerca por si algo sucedía.

Otra razón por la cual el paciente tuvo múltiples discusiones y enojos con su esposa fue porque ella le reclamaba constantemente que ella tenía que estar *a cargo* de los niños, de llevar a Alfonso a las terapias y a los dos niños a la escuela. Además, Javier Alfonso relata que en muchas ocasiones ella se molestaba con él y le decía que debería pasar más tiempo con sus hijos y cuando lo hacía recibía reclamos por no estar durante ese tiempo con ella.

Relata que él llegaba del trabajo y se iba con sus hijos para bañarlos y acostarlos, pero en ocasiones se quedaba dormido con ellos en su recámara o los niños iban a su cama y se quedaban dormidos con él, situaciones que provocaban que la esposa le reclamara que él no estaba con ella y se molestara de que los niños durmieran en la cama de ellos. Se le preguntó acerca de los motivos que él tenía para quedarse en la recámara de los niños, pero el paciente se limitaba a decir que lo hacía para pasar más tiempo con ellos. No hace relación entre eso y su propia relación de pareja.

En cuanto a su vida sexual, con dificultad al principio pero después con seriedad, relata que sí mantenía relaciones sexuales con su esposa, pero que en la actualidad era menos frecuente a comparación de cuando no estaban casados o incluso antes de que nacieran sus hijos.

Las discusiones, molestias y no estar de acuerdo en cuanto a decisiones sobre los hijos provocaron que en una ocasión él se planteara la posibilidad de separarse de su esposa, pero en el momento en que el paciente verbalizó esa posibilidad también dijo, como a manera de justificación, que él la quiere y es la compañera de su vida, tiene muchos años con ella y, además, es la madre de sus hijos y por esa razón es que permanecía con ella. Así mismo, en múltiples ocasiones habló acerca de la relación entre ellos antes de que nacieran sus hijos y sobre eso mencionaba en cada ocasión que la relación era muy diferente y que desde que nació Alfonso las cosas entre ellos también cambiaron.

Ser médico.

En cuanto a su decisión de estudiar medicina, esto formó parte importante de su discurso y se enlaza en gran medida a las asociaciones que hizo respecto a la función de padre, la cual también está en juego en el caso. Comenta que estudió medicina porque le gusta, que es eso lo que “*se le da*”, además de que le gusta la biología y que siempre fue una materia que se le facilitó. Al hacerle señalamientos sobre si su decisión de estudiar medicina tiene alguna relación con su madre, él responde negativamente. En otro momento mencionó que alguna de las razones que lo hicieron escoger esa carrera es porque en la

escuela a quienes admiran los niños son a los médicos y cuando les preguntan qué quieren ser de grandes responden que quieren ser doctores.

Por otra parte, también da como motivo de haber estudiado medicina que a él, cuando era niño, le gustaba “*abrir lagartijas, sacarles tripas y luego disecarlas*” y que cuando era estudiante y hacía prácticas en el anfiteatro le gustaba abrir los cuerpos para después suturarlos. Respecto a la medicina como ciencia, el paciente resalta la característica de que allí todo está organizado y que a él le gusta ser organizado.

Parte de su discurso giró alrededor de lo que para él implica ser médico, sobre esto, Javier Alfonso menciona que su familia, sobretodo su esposa y la familia de su esposa le ha dado un “*rol asumido*” de médico. Esto debido a que le llaman por teléfono los familiares de su esposa para pedir su opinión y que les dé recetas cuando se enferman, pero a él no le agrada porque considera que eso es mucha responsabilidad y que existe una posibilidad de poderse equivocar.

Javier Alfonso habla de “*rol asumido*” y eso se enlaza a que, por otro lado, cuando su hijo Alfonso se ha enfermado, él no permite que su esposa se haga cargo de darle los medicamentos y considera que aunque él le deje por escrito las indicaciones sobre éstos, teme que ella no lo haga correctamente, por eso se justifica diciendo que tiene que ser él mismo quien se encargue de esa parte.

Además, el paciente se duerme con Alfonso cuando el niño enferma por temor de que “*se vaya a morir por vómito durante la noche*”, por lo que se queda con él para vigilarlo. Sin embargo, después de hacer varios señalamientos respecto al tema, durante la última

etapa del tratamiento el paciente comenzó a lograr tomar la decisión de ir con algún otro médico para atender a su hijo. Momento que anuncia un movimiento subjetivo del paciente.

Así mismo, este lugar de médico frente a su familia lo toma para con su esposa. Entonces, a mitad de su tratamiento, describe qué fue lo que según él propició las complicaciones del nacimiento de su hijo Alfonso y relata que su esposa no acudía con un ginecólogo durante el embarazo de su primer hijo, sino que él preguntaba recomendaciones a un amigo ginecólogo, pero era él mismo quien daba el seguimiento del embarazo a su esposa y *“nunca consultó en forma”*. Por esta razón, durante el embarazo de su segundo hijo, Carlos, la esposa sí acude con una ginecóloga para realizar el seguimiento y chequeos de su embarazo. Carlos nace sin alguna complicación.

Ser padre.

Cuando Javier Alfonso hablaba acerca de las funciones que realizaba como padre de sus hijos, tales como llevar a Alfonso a sus terapias o estar al pendiente de lo que en la escuela les pedían, constantemente hacía comparaciones sobre cómo fue que él vivió la relación con su propio padre en la infancia.

Cuando hablaba acerca de su padre, se refería a él describiéndolo como un padre que *“sólo fue proveedor”*, que se encargó solamente de llevar dinero a casa y de que no faltara nada, pero era su madre quien *“administraba”* lo que él llevaba a la casa. Relataba a su padre como una figura que se mantuvo ausente y quien no le daba el reconocimiento que Javier Alfonso quería obtener. Narra que, durante su infancia, su padre no asistía a los eventos de su escuela y tampoco se acercaba afectivamente a ellos (a sus hermanos y a él) y

que por esa razón él no quería “*ser igual*” que su padre. Por este motivo constantemente hablaba sobre lo que él hacía para con sus hijos y cómo es que eso lo diferenciaba de lo que hacía su papá con él.

Así mismo, mientras el sujeto estaba en tratamiento sucedió un episodio en donde su padre le pidió ayuda para arreglar la papelería de su casa y poder agregarlo en su testamento. Javier Alfonso se sorprende de que le pidiera ayuda y varias sesiones después comenta que uno de sus hermanos que vive en EEUU fue a visitarlo a su casa y fue él quien le dijo sobre la intención del padre de dejarle esa propiedad al paciente. Javier Alfonso se sorprende por la decisión del padre y dice en sesión que él tiene su propia casa y que no la necesita.

Los sentimientos ambivalentes hacia su padre se dejan ver en múltiples ocasiones durante el transcurso del tratamiento, ya que, además de percibir a su padre como aquel que sólo provee bienes materiales y mostrar desagrado ante ello; por el contrario, parecería que constantemente buscaba su reconocimiento a través de los méritos académicos y profesionales que hubiera obtenido; como por ejemplo, en una ocasión en la que apareció en una revista donde se elogiaba al hospital donde laboraba en la actualidad y, a pesar de que una de sus hermanas le llevó dicha revista a casa de su padre, éste no lo felicitó o le comentó algo al respecto.

Suspensión del tratamiento.

Suspende tratamiento porque le cambian el turno en su trabajo ya que una compañera del hospital se incapacitó por embarazo. Comenta que serán tres meses los que

durará con ese cambio de turno, por lo que se le ofrece la posibilidad de continuar con la terapia en un espacio privado, fuera de la clínica de la Facultad, pero no toma esa opción y no menciona querer retomar posteriormente su tratamiento. Dice que él toma esa decisión como una prueba para sí mismo de saber si puede él solo con las cosas que le han causado conflicto y de las que ha hablado durante el tratamiento. Pasados esos tres meses el paciente no vuelve a comunicarse.

MOTIVO DE CONSULTA

Asiste a tratamiento diciendo que últimamente se había sentido muy estresado y que él cree que estaba relacionado con que diez días antes tuvo una “*crisis*” en donde se sintió muy mal y no podía dejar de mover las piernas (en un movimiento involuntario), mencionó que ha estado “*somatizando*” todo el estrés. Menciona que él es médico y que le dio mucho miedo creer que estuviera enfermo del hígado porque su mamá falleció de cirrosis, pero que lo que sucedió fue que le detectaron hígado graso y desde ese momento comenzó una dieta y a ejercitarse un poco para intentar mejorar su estado de salud.

DEMANDA DE TRATAMIENTO

La demanda de tratamiento del paciente, desde la sintomatología, consistía en erradicar las “*somatizaciones*” que presentaba en las piernas y aliviar el sufrimiento que le ocasionaba pensar en que a causa de su enfermedad de hígado graso tuviera probabilidades altas de morir y dejar en el desamparo a sus hijos y su esposa. El paciente esperaba

“entender” lo que le sucedía y evitar toda clase de pensamiento “negativo” que surgiera al respecto.

Por otra parte, en cuanto a la demanda inconsciente, el planteamiento de este caso me hace pensar en que dicha demanda, a través de la transferencia, estaba dirigida a encontrar en el analista esa función fálica con la cual competir.

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Desde la primera sesión, en el motivo de consulta el paciente relata padecer lo que él llama “*somatizaciones*”. Estas somatizaciones se referían en un inicio a “dolores en las piernas” y a que éstas le temblaban sin poder controlarlas. Conforme avanzó el tratamiento estas somatizaciones también fueron cambiando de forma, después sólo refería tener “*dolores en las piernas*” sin temblores, y luego agregó que en ocasiones sufría también dolores en los brazos. La última etapa de estas “*somatizaciones*” en su cuerpo se refería a un dolor en el área del hígado, a un costado de su torso.

Además de estas manifestaciones en su cuerpo, también decía constantemente que no sabía el por qué, pero que “*todo el tiempo*” tenía pensamientos acerca de padecer las mismas enfermedades que los pacientes del hospital tenían y que, cada vez que algún paciente estaba enfermo de algo grave, él no podía evitar el pensamiento de que él mismo también podía estar padeciendo de lo mismo.

Constantemente se hace revisiones médicas, solicitadas por él mismo, con compañeros del trabajo que pudieran mandarle a hacer análisis o ecografías, con la

finalidad de cerciorarse del avance que su enfermedad del hígado había tenido. Inmediatamente después de realizarse dichas revisiones el paciente comenzaba a tener acciones que supone le permitirán mantenerse saludable como, por ejemplo, empezar alguna dieta o hacer ejercicio. Sin embargo, dichas conductas no lograban evitar el pensarse estar más enfermo de lo que los resultados de los análisis arrojaban; o bien, dejar de compararse con los demás pacientes del hospital, aún y cuando él mismo comentaba que tales síntomas provenían de algún origen psicológico.

Al inicio del tratamiento, cuando se le hacían señalamientos acerca de lo que él llamaba “psicológico” involucrado en sus síntomas; es decir, la relación de los dolores en las piernas con la condición física de su hijo mayor Alfonso, el paciente lo negaba y utilizaba racionalizaciones y términos médicos para justificar los motivos por los cuales él consideraba que no existía dicha relación. No fue sino hasta un poco más de la mitad de su tratamiento cuando él mismo comenzó a hacer asociaciones entre sus síntomas y los de su hijo mayor.

Constantemente refería estar en desacuerdo con su jefa del trabajo y sentir molestia por las peticiones “*a última hora*” que le hacían. Así mismo, presentaba dificultad para dirigir a los médicos que tenía a su cargo, en el sentido de que le era difícil señalarles las faltas al reglamento y lidiar con los reclamos generados por ellos por esa situación.

También en un inicio mencionaba que se le dificultaba hablar enfrente de un grupo amplio de personas sin sentir un elevado nivel de angustia, pero luego de un poco más de la mitad del tratamiento, mencionaba haber logrado desempeñarse con mayor confianza frente

a los grupos grandes de personas. No podía creer que los compañeros del grupo de capacitación al que acudía lo señalaran a él como líder.

Por otra parte, el paciente desde el comienzo del tratamiento relataba que “*antes tomaba, pero ya no*” (cervezas); sin embargo, durante el último mes, aproximadamente, narraba situaciones en las que comenzó a reunirse con amistades o con uno de sus hermanos que estaba de visita en la ciudad con quienes sí tomaba cervezas en sus reuniones. Cuando narraba esto lo hacía con culpa y se justificaba diciendo que no habían sido muchas las cervezas consumidas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Consideramos que nos encontramos frente a un sujeto de estructura neurótica con rasgos obsesivos. Esto se concluye a partir de los fenómenos sintomatológicos que presenta; como por ejemplo, la culpa generada por los sentimientos de amor-odio dirigidos al otro, la duda manifestada a través de cuestionamientos constantes sobre su estado de salud, etc.

Por otra parte, consideramos que el paciente cuenta con una estructuración psíquica obsesiva por el conflicto constante de asumir la castración y la actualización de la rivalidad edípica con las figuras que representan la ley, como los son su padre o sus jefes del trabajo, y cómo esto fue desplegado también desde la transferencia en su dificultad para colocarse en el lugar de “paciente” en su análisis. Así, con su padre, se puede ver cómo se despliega la rivalidad cuando el paciente hace comparativas en diversas ocasiones con éste destacando como es que él ha sido “mejor padre” con sus hijos de lo que con él su propio

padre. Por otra parte, con sus jefes de trabajo narra sentirse molesto con ellos al sentir que no reconocen su trabajo y considerar que posee mayores cualidades laborales que ellos, se percibe más organizado y destaca que, a diferencia de ellos, su proceder es mejor ya que evita tomar ventajas que su puesto le otorga (beneficios en horas de trabajo, etc.).

4.2. ESTRUCTURA SUBJETIVA

CONTEXTO FAMILIAR.

Él es el penúltimo hijo de 11 hermanos (hombres y mujeres) y en su familia le decían que de todos él era el que menos posibilidades tenía de salir adelante y que finalmente no fue así, constantemente destacaba sus logros académicos y profesionales por encima de los de sus hermanos.

“Somos 11 hermanos, 6 hombres y 5 mujeres y de todos yo soy el que menos posibilidades tenía de salir adelante y no fue así. De todos yo tengo un mejor status. Bueno, no económico, sino académico, tengo un post-grado de medicina familiar. Yo he logrado un puesto más alto (antes mencionó que las hermanas son enfermeras) y tampoco tengo dinero, pero sí para vivir cómodo.”

Al preguntarle por qué él tenía menos posibilidades de salir adelante, responde: *“Es que yo era el más burro en la primaria. Me retrasé dos años en la primaria y siempre me decían que no iba a poder. Mis hermanos me decían que no iba a poder.”*

Al inicio del tratamiento describe a su familia diciendo que no es funcional porque sus hermanas hacen alianzas entre ellas y ha habido problemas ocasionados por la hermana mayor, Amelia, quien se alejó por muchos años de la familia. Además, cuenta que por muchos años él mismo también se alejó de su familia y no iba a visitar a su papá, lo cual comenzó a hacer hasta un año antes de iniciar su tratamiento.

“Ella (su hermana Amelia) hace alianzas con otra, entre ellas siempre hacen alianzas y terminan afectando a mi papá, pero así son ellas y yo no puedo hacer nada para que eso cambie, mejor me alejo para no decirles nada porque eso sólo ocasionaría más problemas y eso afectaría a mi papá.”

Su esposa no lleva una buena relación con su padre y tampoco con sus hermanas desde una ocasión en la que su esposa se peleó con ellas en una reunión familiar, motivo por el cual él refiere que también se ha alejado de la familia.

“Esta semana tuve unos problemas familiares porque mi esposa se peleó con mis hermanas y luego una de ellas le habló a mi suegra y mi suegra se enojó mucho; entonces, mi suegra ya no le habla a mi esposa. Esto porque en lo que hablaron se recordaron situaciones pasadas en las que también se habían enojado. Mi esposa se enojó porque mi hermana no fue a mi reunión de cumpleaños.”

“Yo trato de ser mediador y ecuánime porque no se gana nada peleando ni reclamándole a mi hermana si fue o no fue a mi cumpleaños. La persona que quiera estar ahí con conmigo muy bien y el que no quiera ir, pues que no vaya. Mi hermana tuvo que haber tenido sus motivos para no ir o tal vez yo no me lo mereciera.” Le pregunto: “¿No se lo mereciera?” y responde: “No, o sea no que no me lo mereciera, no sé si me estás entendiendo; es un decir, sus motivos tendrá y no gano nada en reclamarle.” Le pregunto que cómo se sintió y responde: “No, no sentí nada. Como ya te había dicho, el que quiera ir que vaya y si no van pues no importa, que para mi festejar mi cumpleaños no tiene importancia. Tal vez sólo la tuvo cuando era pequeño...”

FIGURAS SIGNIFICATIVAS.

La madre.

Desde la primera sesión menciona que cuando él aún era estudiante de medicina su mamá se enfermó de cirrosis y él “*vivió toda su enfermedad*”, ya que le tocó ver todos los síntomas que fue presentando como las diarreas o cambios de humor.

Un evento significativo es cuando relata que nunca olvidaría cuando un día, antes de irse a la escuela, su mamá no lo despidió como regularmente lo hacía diciendo: “*que Dios te bendiga*”; sino que, en esa ocasión no le dijo nada y él se fue; entonces más tarde su hermana le informó que la mamá estaba muy mal y diez días después falleció. Hablando sobre los últimos días de su madre en el hospital ,menciona que él le hizo un estudio (*yo no logro recordar el nombre de ese estudio por la utilización que hacía respecto al lenguaje médico y técnico que frecuentemente usaba*), entonces al preguntarle si fue él quien lo realizó corrige diciendo que no, que en esa época él era estudiante. Hablar en primera persona respecto a temas relacionados con el lugar de médico, como mencionar que él le realizó los estudios, es otro elemento que resulta de importancia en los señalamientos y el desarrollo del caso.

“Cuando yo estaba estudiando todavía, mi mamá se enfermó de cirrosis y me tocó vivir toda su enfermedad. Me tocó ver todos los síntomas que fue presentando como cuando tuvo diarreas y nunca voy a olvidar cuando un día ya me iba para la escuela y mi mamá siempre me decía: “que Dios te bendiga”, pero ese día no me dijo nada y yo como quiera me fui a la escuela. Ya después fue cuando me habló mi hermana por teléfono y me dijo que mi mamá estaba ya muy mal y 10 días después

de eso, falleció. Cuando mi mamá estuvo en el hospital me tocó hacerle un estudio de... (terapeuta no recuerda el nombre).” Le pregunto que si fue él mismo quien le realizó el estudio y responde: “No, que en esa época yo estaba estudiando, no podía hacerlo.”

Por otra parte, también comenta que su mamá presentó cambios de humor, se comportaba diferente a como ella era normalmente y que eso es parte de los síntomas de la enfermedad que padecía. Dice que cuando su mamá falleció él estaba en exámenes finales, pero esto no perjudicó su desempeño académico, y agrega que “*se le juntó todo*”, pero que lloró una sola vez y no lo volvió a hacer porque le había dicho a su mamá que él saldría adelante y terminaría la escuela.

“Estudié medicina porque me gusta, eso es lo que se me da. Siempre se me dio la biología y por eso estudié eso. Cada quien tiene como un don de algo que se le da estudiar y a mi se me dio estudiar medicina. Así un abogado estudia eso porque se le da o un psicólogo (y me señala) o cualquier otra profesión. No es que haya estudiado eso para mi mamá o para alguien. Cada quién tiene habilidades y por eso estudia, yo estudié por sí mismo...”

En una ocasión tiene un lapsus respecto a su madre hablando sobre sus planes para el día de Navidad diciendo:

“No sé qué voy a hacer aquí ese día, tal vez vaya a visitar a mis papás. Le señalo: “¿A tus papás?” y responde: “No, a mi papá! Bueno sí, a mis papás, puedo ir al panteón a visitar a mi mamá.”

La hermana Amelia.

Respecto a la hermana mayor, Amelia, el paciente le da un lugar importante en la dinámica familiar ya que en varias ocasiones ha hablado de ella diciendo cómo es que a partir de varios eventos que “*ella ocasionó*” la familia se ha separado. Amelia tiene hijos grandes quienes no se acercan a la familia y viven en Estados Unidos.

Hablando sobre una discusión familiar, el paciente dice que sobre la situación sentía: “*...tristeza y frustración, la familia está separada y que ellas forman alianzas (su hermana Amelia y otra más) y engentan a mi papá, luego mi papá ve mal a mi esposa y a mis hijos. Desde un inicio así fue, cuando era novio de mi esposa mi papá la veía bien, pero luego una de mis hermanas le dijo a mi papá que ella sólo andaba conmigo por conveniencia y mi papá entonces la vio mal.*”

En otra ocasión el paciente menciona: “*Desde que Amelia regresó la situación en mi casa cambió y empeoró porque sólo ha traído conflictos cuando las cosas ya estaban más tranquilas. Hasta mi papá tal vez empeoró de salud por todo lo que ha pasado.*”

Respecto al resto de sus hermanos, casi no habla de ellos, salvo en una ocasión, casi al final del periodo que estuvo en tratamiento, cuando menciona que dos de sus hermanos y una hermana estuvieron también enfermos de hígado graso; sin embargo, no especifica quiénes de sus hermanos padecían la enfermedad.

Después de un año de tratamiento habla sobre su hermano menor, Antonio, y menciona que él tiene el recuerdo de que se sintió “*desplazado*” cuando él nació. Antonio “*siempre fue el más protegido*” por su mamá y que cuando nació estuvo enfermo de algo,

que él ahora cree que fue pulmonía, pero no está seguro, y por esa razón estuvo grave en el hospital.

Su hijo Alfonso.

El paciente menciona que su hijo mayor nació prematuro, de cinco meses y tres semanas, y que si ahora sólo tiene una discapacidad motriz fue el menor daño que pudo haber tenido dadas las circunstancias de su nacimiento, y menciona haber llorado por eso sólo una vez.

“Al nacer se le perforó un pulmón y tuvo otras enfermedades y nació de 1 kg con 100 gramos. Hasta que pesó 1 kg 400gr lo dieron de alta y mi esposa se puso muy mal, entonces tuve que hacerme el fuerte y decirle a mi esposa qué procedimientos le iban a hacer al niño y que eran por su bien. Sólo lloré una vez.”

Más adelante en el tratamiento habla sobre cómo la relación con su esposa cambió a partir del nacimiento de su hijo mayor. Respecto a su hijo Alfonso, continuamente se refiere a él con ambivalencia, dejando ver matices agresivos en su discurso que inmediatamente después racionaliza.

Hablando de la relación con su esposa comenta: *“Últimamente la siento más distante, creo que es por lo mismo de Alfonso. Yo no tengo mucho tiempo para estar en la casa por los horarios que me dieron en este puesto de director (en el área de dirección, aclara más tarde). Es un puesto de confianza y yo le explico a mi esposa que eso quiere decir que tengo hora de entrada, pero no de salida. A veces mi*

trabajo requiere que me quede más tiempo, y ella lleva a las terapias al niño y por eso me reclama el tiempo.”

Al sentirse juzgado por la trabajadora social de la escuela de Alfonso, el paciente comenta: *“¿Cómo la gente puede decir que al niño le faltan atenciones cuando mi esposa deja su carrera para estar con mi hijo y llevarlo a todas las terapias que necesita?. Mi esposa me dice que ni puede ejercer su carrera, pero yo siempre le digo a ella que si quiere trabajar que lo haga, yo no le voy a decir que no y de hecho estoy checando con unos conocidos para que entre al seguro social a trabajar y ya trabajando pues checaríamos cómo hacerle con Alfonso.”*

Javier Alfonso en muchas ocasiones habla acerca de la condición “*diferente*” de su hijo y cómo es que a veces él tenía que explicarle a su esposa o a la personas que conviven con él (como las maestras de la escuela) cuáles son los cuidados que deben tener con el niño, ya sea en el día a día o cuando su hijo enferma de algo. Al paciente se le dificultaba dejar de lado su rol de médico ante estas situaciones por lo que él refería que era él mismo quien le recetaba medicamentos cuando enfermaba.

“Las maestras y en la escuela no hacen nada para ayudar a Alfonso, no quieren batallar y por eso me piden la silla, y se enfocan en el problema motriz y no en lo cognitivo porque Alfonso no tiene afectada su inteligencia. Yo hago lo que me piden y le llevé a Alfonso una silla diferente con descansabrazos para que no se vaya de lado y la escuela no ha hecho ninguna modificación en las instalaciones para facilitarle no sólo a Alfonso, sino a futuros niños que tengan capacidades diferentes. Yo les explico como médico las cartas de los doctores y como papá lo

que está pasando, pero las maestras como saben que yo soy médico quieren que les explique qué pasa. Yo quisiera que tomaran lo que está pasando diferente (hablando de sus molestias respecto del trato de la escuela).”

En otra ocasión menciona: *“El fin de semana fuimos a Montemorelos al rancho y todo estuvo bien, salvo que Alfonso se enfermó de gripa. Cuando se enfermó yo fui a comprarle medicamento, pero como quiera le hablamos a su pediatra para que fuera él quien atendiera a Alfonso. Yo ya no quiero ser su médico, quiero cumplir con el rol de padre y no de médico.”*

Más adelante en el tratamiento, el paciente dice que Alfonso algunas veces intenta caminar y otras no lo hace a propósito; o bien, que tampoco logra controlar sus esfínteres (siendo que ya lo había logrado) porque cree que con eso el niño le “*trata de decir algo*” y piensa que lo está “*manipulando*”. Así mismo, el sujeto ha comentado que su hijo también tiene estrabismo y dificultades en la motricidad fina, pero que en la escuela logra realizar las actividades que le piden. Javier Alfonso constantemente hace asociaciones identificándose con Alfonso, pero muestra muchas resistencias cuando se le hacen señalamientos al respecto.

Hablando sobre el trabajo y las relaciones que mantiene con las personas de allí, dice lo siguiente: *“Hay personas que me dicen sólo Alfonso y otras que me dicen Javier. Esta persona con la que tuve problemas me dice Alfonso.”*

Su padre.

Cuando hablaba acerca de su padre, se refería a él describiéndolo como un padre que “*sólo fue proveedor*”, encargado solamente de llevar dinero a casa y de que no faltara nada, pero era su madre la que “administraba” lo que él llevaba a la casa.

“Yo estoy con mis hijos porque no quiero ser un papá sólo proveedor de dinero o comida, también quiero estar con ellos. Yo soy de los pocos papás que he visto en la escuela de Alfonso cuando vamos a juntas, asambleas o a dejar al niño a la escuela. Trato de ser un papá que no sólo sea proveedor, sino que también esté ahí.

Le pregunto que cómo fue su papá y responde: *“Muy diferente, no le reprocho que haya tenido muchos hijos, yo creo que fue por eso. Le pregunto: “¿No le reprochas?”, responde: “No, no le reprocho eso. Fue porque tuvo muchos hijos que mi papá sólo fue proveedor del dinero de la casa. Mi mamá era la administradora. Administraba la ropa, zapatos, comida o lo que necesitáramos. Mi papá fue así por la época en que pasó, en los 80’s ese era el rol de los papás, pero ahora todo ha cambiado. A mí me hubiera gustado que fuera a las asambleas o estuviera más tiempo con nosotros.”*

Relataba a su padre como una figura que se mantuvo ausente y quien no le daba el reconocimiento que Javier Alfonso quería obtener. Narra que, en su infancia, su padre no asistía a los eventos de su escuela y tampoco se acercaba afectivamente a ellos (a sus hermanos y a él) y que por esa razón él no quería “*ser igual*” que su padre. Por este motivo constantemente hablaba sobre lo que él hacía para con sus hijos y cómo es que eso lo diferenciaba de lo que hacía su papá con él.

“Yo no quiero ser como él (su padre). No sé por qué o a qué se deba que las personas siguen patrones, pasa lo mismo en los papás que en los hijos. Como mis hermanas que se embarazaron y sus hijos también. Le pregunto que él en qué siguió el patrón y dice: “A veces mi esposa me dice que soy igual que mi papá, muy rígido, pero yo no quiero seguir ese patrón y no quiero ser así con mis hijos. Mi mamá también se había alejado de la familia de mi papá porque no se llevaba bien con su suegro.”

ESTRUCTURA EDÍPICA.

Javier Alfonso habla poco acerca de su infancia y cuando se refiere a ella durante el tratamiento lo hace hablando acerca de su dinámica familiar la cual fue vivida con rivalidad entre sus hermanos. La relación con su padre fue carente de afecto ya que lo percibió como “proveedor” de bienes materiales y, por otro lado, la relación con su madre fue más cercana ya que ella era quien se hacía cargo de la casa y del cuidado de los hijos.

El paciente habla también en ocasiones de no sentirse aceptado por su padre y de inconscientemente tratar de agradarlo para ganarse su aceptación y afecto a través de sus logros profesionales.

“Me casé con mi esposa en Ensenada (ella era oriunda de esa ciudad) y cuando volví a Monterrey no me recibieron como yo creía.” ¿Y cómo creías que te iban a recibir?, responde: “Cuando llegué, llegué antes de lo que le había avisado a mi papá y entonces al llegar antes mi papá me dijo que qué estaba haciendo ahí antes de tiempo. Yo creía que me podría quedar en mi casa al llegar, pero al suceder eso

decidí que mejor no me quedaría ahí en mi casa y conseguimos otro lugar en donde quedarnos.”

En otra ocasión menciona:

“Cualquier padre siempre quiere lo mejor para sus hijos y tal vez mi padre hubiera querido a otra persona diferente (hablando de su esposa), hay muchas cosas en las que no pienso igual de cómo suceden las cosas en mi casa. Cómo mis hermanas después de haber estado peleadas ahora son las más cercanas y entre ellas forman alianzas y hacen que mi esposa y yo quedemos mal en mi casa por decisiones y cosas que son sólo de mi propia familia. Luego ellas hablan de mi esposa e influyen en mi padre para la opinión que tiene de mi familia.”

Javier Alfonso se identifica con la figura paterna la cual es vista como una figura rígida y con dificultad de vincularse afectivamente.

Así, relatando una plática con su esposa respecto a la idea de tener otro hijo y que éste fuera varón o mujer dice lo siguiente:

“Yo quisiera que fuera niña porque está la teoría de las fijaciones y dicen que las niñas son más apegadas al padre y los niños al padre”. El paciente corrige de inmediato y dice: “A la madre”. Le señalo el lapsus y responde: “No, me equivoqué.” Le señalo que él mismo pareciera que tiene una relación importante con su padre, pero que al mismo tiempo cuando habla de él le resta importancia (mientras le digo eso, él completa la frase). Enseguida comenta: “No, yo no le niego importancia a la relación con mi padre. Recuerdo cosas buenas, bueno ahorita no recuerdo nada, apenas con fotos recordaría algo. Ya me estoy acordando de que me

gustaba sentarme en sus piernas en el carro y mi papá veía televisión acostado en el sillón. Yo me iba con él a ver televisión y también mi papá a veces se dormía en el sillón o sacaba un catre y yo me iba con él.”

Javier Alfonso actualmente repite la dinámica edípica en donde, a pesar de intentar “no parecerse al padre”, recibe comentarios de la esposa diciendo que es muy rígido al igual que su padre. Así mismo, el propio paciente comenta que en el trabajo a él le piden hacerse cargo de ciertas situaciones en donde se debe sancionar a algún médico o paciente del Seguro Social por no seguir el reglamento. Se describe a sí mismo como alguien que siempre sigue el reglamento de la institución.

EVENTOS TRAUMÁTICOS.

En el paciente podemos identificar como eventos traumáticos primeramente el fallecimiento de su madre, el cual fue vivido con dolor y con culpa al no poder hacer algo por ella desde el terreno de la medicina. Así mismo, vive con dolor el no haber podido terminar sus estudios y demostrarle que no era aquél a quien su familia señalaba como “el que menos posibilidades tenía” de salir adelante.

Otro evento en la vida del paciente tiene que ver con la detección de su enfermedad de hígado graso, la cual vino a reanimar el duelo por el fallecimiento de la madre y a desatar una serie de temores y de angustia ante la posibilidad de su propia muerte. A partir de este evento el paciente comienza a temer que distintas enfermedades, aunque no tuvieran relación con el hígado, que presentaba la gente que consultaba en el hospital donde trabajaba, podría ser alguna enfermedad que él mismo pudiera padecer. A raíz de estos

pensamientos el paciente se realizaba constantes chequeos médicos que él mismo solicitaba a sus amistades médicas, aunque en el estudio anterior los resultados hubieran sido positivos.

Así mismo, otro evento traumático fue el nacimiento de su primer hijo, quien al nacer con una discapacidad física, trajo consigo que él se identificara con esa parte no suficientemente buena; es decir, reanimó aquellas palabras escuchadas por su familia quienes lo señalaban como “el que menos posibilidades tiene”. Completemos nosotros la frase con un “menos posibilidades de ser exitoso” y “menos posibilidades de vivir”, asociando esta última con el riesgo de muerte al que se enfrentó su hijo al nacer y al que él temía por la enfermedad que le detectaron.

PERFIL SUBJETIVO.

1. Maneras de interacción.

La forma del paciente de relacionarse con los otros es a través de marcar una distancia afectiva, diciendo constantemente que no importa lo que los demás piensen, que sólo importa lo que él decida. Se describe a sí mismo como una persona rígida. Su relación con la esposa es poco afectiva y vuelca su libido hacia sus hijos viviendo esa relación con culpa y siempre intentando no “*repetir el patrón*” respecto a la relación con su propio padre.

2. Identidad sexual.

El paciente se define como heterosexual ya que se siente atraído sexualmente por figuras del sexo opuesto.

3. Rasgos de carácter.

Presenta rasgos de carácter obsesivos en donde predominan sentimientos de culpa, pensamientos rumiantes ante la posibilidad de enfermar o morir, una ética y moral alta, pensamientos supersticiosos respecto a la ayuda que puede obtener de la religión católica (rezarle a santos).

4. Recursos yoicos.

Su capacidad de juicio, memoria, pensamiento y contacto con la realidad se encuentran preservadas.

5. Mecanismos de defensa.

Represión, formación reactiva, negación, racionalización, intelectualización e identificación proyectiva.

6. Características del superyó.

Rígido, punitivo.

4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO

“Crecer significa ocupar el lugar del padre.

Donald Winnicott”

(S. León, 2013. p.87)

Se realizará la construcción del caso reseñando las intervenciones clínicas y la evolución del tratamiento para ofrecer una visión general de los momentos por los que atravesó el proceso terapéutico.

A partir de lo trabajado anteriormente en la estructuración subjetiva, podemos encontrar elementos que nos hablan de una dificultad en el paciente de colocarse en el lugar de padre frente sus hijos, esto ante su propia identificación con una función paterna rígida, de una estrecha relación con la madre y del intento de satisfacer su deseo. Se trabajará la evolución del tratamiento abordando algunos puntos de interés que incluyan dicha conflictiva, tales como la función del padre y las dificultades que el paciente presenta de asumirla desde su estructuración obsesiva articulándolo con la dinámica edípica presente. Se abordará también cómo se construye su superyó, el cual le demanda ser mejor que el padre, los mecanismos defensivos que entran en funcionamiento ante la llegada de sentimientos hostiles y de culpa, además de la actualización del vínculo parental en la transferencia.

1. “Uno puede escoger muchas cosas, pero no a los hijos”.

En cuanto a la dificultad que presenta el paciente de colocarse en el lugar del padre, hacer cumplir su función, la siguiente viñeta nos servirá para ejemplificar cómo es vivida la paternidad para él y cómo aparecen sentimientos ambivalentes hacia sus hijos, principalmente hacia su hijo mayor, Alfonso.

Paciente.- *“Yo no he tenido chance de ir al kínder y el otro día Alfonso se hizo popó y le hablaron a mi esposa para que fuera a cambiarlo, pero como ya era la salida, mejor se lo llevó. Carlos (hijo menor) ya va solo al baño y también limpia la taza del baño él solo si la ensucia. Alfonso ya estaba yendo solo con su andador, pero los niños son muy listos y Alfonso, por ejemplo, ese día de la escuela llegó a la casa y se volvió a hacer y Carlos también se hizo ese día. Yo creo que es por llamar mi atención y que algo nos querrán decir con eso. Me siento utilizado y manipulado por los niños. A lo mejor estoy haciendo las cosas mal porque para que Alfonso haga las cosas le digo que le comparé un premio. Entonces no hace las cosas por sí mismo si no le doy un premio. Luego, si le doy algo a Alfonso le tengo que dar lo mismo a Carlos o si no se pelean, se muerden o algo.”* (13-Junio-2012).

En el fragmento anterior pudimos ver, ubicándonos desde la perspectiva winnicottiana, cómo es que el paciente no logra ubicarse en el lugar del “padre

suficientemente bueno” que propone el autor; es decir, en palabras de S. León (2013), de aquel que:

“ (...) tiene la capacidad de adaptarse a las necesidades de la madre: a nivel preedípico, esto significa tolerar la exclusión, entregar apoyo material y moral a la madre y encarnar el elemento duro de la crianza; a nivel edípico, esto implica ocupar el lugar de la tercera persona, operar como amiente indestructible por medio de una actitud firme y sólida, y sobrevivir a la agresión para ser usado como persona total.” (p.130).

Sobre la capacidad de adaptarse a las necesidades de la madre, el paciente se siente demandado por ella y al mismo tiempo teme quedar como excluido del lugar de padre, por lo que hace intentos de aparecer en la jugada de forma tal que no logra encontrar un equilibrio para esto; así pues, o se coloca totalmente presente, tan presente que excluye a la madre; o bien, se mantiene ausente, tan ausente que recibe los reclamos de la esposa.

Paciente.- *“Me gusta todo organizado... he tenido muchas discusiones con mi esposa, yo no quiero que haya desorganización en mi casa. Llego a la casa y está todo tirado, Carlos (hijo menor) está en la edad de explorar todo. Cuando mis hijos enferman yo los cuido, una vez Alfonso tenía temperatura y yo fui a checarlo en la noche, entonces me quedé con él para cuidarlo y mi esposa me reclamó al día siguiente diciéndome que por qué no volví con ella. Yo la hago a un lado cuando estoy con los niños y si me quedé con Alfonso fue porque pudo haberse vomitado y bronco-aspirarse. Un compañero que también es médico dijo una vez que la demás*

gente no sabe lo que puede pasar y nosotros sí, por eso nos preocupamos más. No entiendo cómo mi esposa me dice que esté con los niños, que juegue con ellos y cuando estoy con ellos, ella me reclama que no paso tiempo con ella.” (9-Mayo-2012).

El siguiente fragmento del discurso del paciente nos permitirá darnos cuenta de que el paciente vive la paternidad con un cierto grado de disgusto y como motivo por el cual en la actualidad se desatan sintomatologías provenientes de la conflictiva entre las exigencias del superyó rígido ante deseos agresivos provocados por la paternidad que con dificultad logra asumir y el sentimiento de culpa que se genera a partir de éstos.

Paciente.- *“No sé el por qué de mis enfermedades, me preocupa tener la presión alta y por eso no hago ejercicio ni nada, aunque sé que eso ayudaría, pero pienso que también me podría subir la presión. No sé por qué esos pensamientos de creer que estoy enfermo. Antes no me daban dolores en las piernas, de las fasciculaciones y ahora sí y sé que es por algo psicológico”.* Terapeuta.- *“¿Antes, cuándo?”.*
Paciente.- *“Antes que no tenía nada, cuando era estudiante y no tenía hijos”.* (18-Abril-2012).

Lo expuesto anteriormente hace recordar a la literatura del autor Kenzaburo Oé (1964) cuando escribe en su novela “Una cuestión personal” sobre de las vicisitudes que

surgen en un hombre a partir del nacimiento de un hijo con una deformidad y que es vivido por él como un “monstruo” y como algo que viene a obturar su estado de libertad y hasta se podría decir de confort. Ahora el personaje principal se cuestiona, angustia y trata de ocupar el lugar del padre de ese hijo monstruoso. Así mismo, nuestro paciente se encontraba ante vicisitudes de ese tipo, aunadas a la culpa y a heridas narcisistas que podríamos decir que “renacieron” con la llegada de su hijo discapacitado.

“–Crecí muy rápido, es cierto. Y ahora tengo edad suficiente como para ser padre. Pero no la preparación; y no pude procrear un hijo normal. ¿Crees que alguna vez seré padre de un niño normal? No estoy seguro –dijo Bird con tono sentimental.” (p.68).

Siguiendo esta misma línea, en cuanto a la ambivalencia de nuestro paciente sentida hacia Alfonso, veamos cómo se despliega a partir de los siguientes fragmentos de las viñetas del tratamiento.

Paciente.- *“Alfonso no murió porque él quiso.”* Terapeuta.- *“También porque ustedes (paciente y esposa) lo quisieron”.* Paciente.- *“Sí, siempre hemos estado al pendiente de darle terapia. Tengo miedo de que Alfonso no pueda volver a caminar, ahorita camina con andador, pero sí camina. En el hospital hacen estudios del porcentaje de vida de los niños prematuros y yo no entiendo por qué niños que nacen estando en término, mueren; niños no tan prematuros como Alfonso.”* (18-Abril-2012).

Paciente.- *“Alfonso nos manipula porque sí bajaba y subía las escaleras él solo y ahora no sé por qué no lo quiere hacer si antes lo hacía. Yo sé que sí puede solo. Eso*

me preocupa, porque los dos quieren toda la atención y me preocupa que Carlos a veces toma el andador para caminar. Yo sé que es para atraer la atención porque mucha atención se la damos a Alfonso y no quiero que Carlos sienta que no le ponemos la misma atención.” (9-Mayo-2012).

2. “Siempre acato las reglas y me gusta seguirlas.” El Edipo y el superyó.

La dificultad del paciente de asumir la función paterna tiene su origen en la forma en que su propia estructuración subjetiva se configuró a partir de la problemática edípica y la instalación de su superyó tuvo lugar en su primera infancia. Hemos dicho ya en ocasiones anteriores que el paciente cuenta con un superyó rígido que le exige que predomine la rectitud y la exigencia al yo de no permitirse errores, ya que si estos se cometen un castigo será recibido. Recordemos antes cómo define Freud al superyó en su artículo de 1923 del Yo y el Ello, pero tomemos en consideración que en este momento Freud tomaba como un mismo concepto el ideal del yo y el superyó.

“El ideal del yo es, por lo tanto, la herencia del complejo de Edipo y, así, expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello. Mediante su institución, el yo se apodera del complejo de Edipo y simultáneamente se somete, él mismo, al ello. Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior, del ello.” (p. 37).

Lo expuesto anteriormente lo podemos clarificar a partir de la clínica con el paciente, por lo que la siguiente viñeta nos ayudará a ver cómo se pone en funcionamiento este superyó rígido en él. A continuación un fragmento de su discurso:

Paciente.- *“Alfonso (su hijo mayor) me dijo que de grande quiere ser médico. Yo le dije que no sabe en lo que se mete, me da risa que diga eso. Si ahora a mí me dijeran eso ya no sería médico”*. Terapeuta.- *“¿Por qué?”*. Paciente.- *“Porque ahora la gente demanda mucho y es la única profesión que yo conozco que pueden demandar por negligencia. Si un albañil se equivoca no pasa nada, o si un abogado pierde un caso el cliente no le reclama; pero a los médicos sí. Yo te puedo decir que no conozco a ningún médico que haga las cosas mal con alevosía y ventaja, es sin intención. Somos humanos y cometemos errores”*. (13-Junio-2012).

La culpa y el castigo son característicos del neurótico obsesivo y la instancia del superyó es la encargada censurar aquellas pulsiones provenientes del ello y demandarle al yo, en este caso, un cumplimiento estricto del “deber ser” y de la ley. Comúnmente el paciente se sentía demandado por familiares o amistades que recurrían a él para consultar informalmente, hecho que el paciente vivís con un alto grado de angustia ante la posibilidad de cometer un error en el diagnóstico o evitar de alguna manera que las personas consultaran a alguien más que pudiera descartar alguna otra enfermedad.

Recordemos lo que Freud (1923) expone en su artículo del Yo y el Ello. En cuanto a las características del superyó, Freud destaca lo siguiente:

“El superyó conservará el carácter del padre, y cuanto más intenso fue el complejo de Edipo y más rápido se produjo su represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura), tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo.” (p. 36).

Veamos en las siguientes viñetas cómo aparecen estas características de un superyó rígido y exigente del paciente, así como del sentimiento de culpa y castigo presente.

Paciente.- *“Hubo mucho trabajo, me enojé porque hubieron unos problemas sobre los medicamentos porque querían que autorizara unos, pero no cumplían con los protocolos y mi jefa me preguntó que por qué no habían. Yo le reclamé y le dije que me contrataron porque siempre sigo los lineamientos y luego quieren que no sea así.”* (15-Febrero-2012).

Paciente.- *“Recuerdo esos días y todo lo que pasó en esa época (del nacimiento de su hijo Alfonso). Mi esposa se había sentido mal y unos días después salimos a caminar y no debimos hacer eso, yo no debí permitirle que saliera. Me acuerdo de las cosas que pasaron y debí haber decidido diferente (después de ese día que salieron a caminar se adelantó el nacimiento de Alfonso). Yo checaba a mi esposa y le decía a unos amigos que son ginecólogos, pero ella nunca consultó en forma”.* (15-Febrero-2012).

El paciente vivenciaba el nacimiento de su hijo mayor como un castigo ante sus “malas decisiones”, se responsabilizaba de las complicaciones durante el nacimiento y la posterior discapacidad física que tuvo su hijo. El vínculo con su hijo era ambivalente y vivido como una extensión de él mismo ya que las discapacidades motrices representaban sus propias fallas al no cumplir con las exigencias de su superyó. Él debía destacar como médico para ser reconocido por sus padres y ganar la rivalidad edípica con sus hermanos.

Cuando el hijo mayor nació el paciente se sintió invadido de culpa por lo que recurrió a la religión para salvarlo, a pesar de lo contradictorio que esto resulta con los postulados científicos de la medicina a los que él constantemente hacía referencia como mecanismo defensivo usando regularmente la racionalización. Veamos cómo articula la religión como forma de tramitar los sentimientos de culpa.

Paciente.- *“Antes tomaba más y seguí tomando hasta que nació Alfonso porque hice una ‘manda’.* La ofrecí para que se pusiera bien. Terapeuta.- *“¿Y a quién ofreciste la manda?”*, el paciente responde: *“Se la ofrecí a Dios para que Alfonso se pusiera bien, le dije que si todo salía bien no tomaría en un año y eso hice.”* (23-October-2012).

Aunque el paciente no habló mucho sobre cuestiones religiosas, sí hizo mención que tanto durante, como después del nacimiento de su hijo acudió a la iglesia a rezar y a agradecer que su hijo no hubiera muerto al nacer prematuro. Comentaba que solía ir a otra ciudad a visitar la iglesia de un santo junto con su suegra y su familia para agradecer a Dios

sobre las cosas. En el texto de S. León (2013) acerca del lugar del padre, el autor retoma la postura freudiana ligando lo que Freud propone en 1927 cuando habla acerca del padre primitivo, el tabú y la prohibición surgida a partir de éste. Al respecto, el autor menciona lo siguiente:

“En cuanto al tabú de dar muerte al sustituto paterno encarnado en el tótem, Freud refiere que podemos encontrar allí las raíces de la religión: la adoración del tótem ayudaba a aliviar la culpa asociada al parricidio originario, a buscar el perdón del padre y a satisfacer a nivel de la fantasía la necesidad infantil de protección a cambio de la devoción filial. La raíz de toda formación religiosa será, a final de cuentas, la ‘añoranza del padre’”. (p.30).

Por otra parte, para continuar hablando de la dinámica presente en el superyó del paciente, debemos también abordar el Complejo de Edipo y para fines del entendimiento de nuestro caso, cómo es que se juega la ambivalencia y el componente de la bisexualidad del que hablaba Freud en el varón. Freud (1923) resalta una génesis tanto biológica como de una injerencia bisexual que entra en juego en esta fase. Es biológica, dice Freud, ya que existe una dependencia del ser humano de recibir los cuidados de otro al nacer; es decir, el niño no se vale por sí mismo durante su primera infancia. Por otro lado, la injerencia de la bisexualidad radica en que durante la fase del Edipo, el varón no sólo posee una actitud tierna hacia la madre y de rivalidad hacia el padre, sino que, citando a Freud (1923):

“(…)se comporta también, simultáneamente, como una niña: muestra la actitud femenina tierna hacia el padre, y la correspondiente actitud celosa y hostil hacia la madre. (...) Podría ser también que la ambivalencia comprobada en la relación con

los padres debiera referirse por entero a la bisexualidad, y no, como antes lo expuse, que se desarrollase por la actitud de rivalidad a partir de la identificación.” (p. 35).

Los siguientes fragmentos del discurso del paciente ejemplifica cómo es que esta ambivalencia de sentimientos hostiles y tiernos hacia el padre predominan en su estructuración psíquica y cómo es que el superyó rígido entra en juego demandándole agradar al padre y ser aceptado por él.

Paciente.- *“Mi papá nunca me ha reconocido. Una vez salí en una revista por un reconocimiento que me dieron y mi papá no me ha felicitado hasta la fecha. Mi hermana le llevó la revista a mi papá y yo sé que ahí la tiene, pero como quiera nunca me ha dicho nada”.* (29-October-2012).

Paciente.- *“Mis papás no me demandaban. Yo no les fallé porque aproveché lo que me dieron, los estudios”.* Terapeuta.- *“Y que a cambio tu papá te reconociera.”*

Paciente.- *“Tal vez sí, éramos muchos hermanos.”* (3-September-2012).

S. León (2013) nos explica cómo es que desde la postura freudiana, a partir de la fase edípica se puede considerar una conducta masculina cuando ocurre una identificación de parte del niño varón con el padre, movimiento que al mismo tiempo marca la resolución del complejo de Edipo. El autor hace énfasis en que, partiendo de esta visión, existe un deseo del niño por ocupar el lugar del padre a través de la identificación lo que expresa la

ambivalencia que se vive en esta etapa y que caracteriza a lo que él llama el “complejo paterno”.

De esta forma nos explicamos cómo es que los sentimientos ambivalentes no aparecen sólo dirigidos hacia su hijo discapacitado, sino muy fuertemente vividos hacia la figura paterna, que corresponde en este caso a la figura real del padre. El paciente constantemente se autorreprocha el parecerse a su padre y se exige rigurosamente no ser como él. Al mismo tiempo que se exige no parecerse a él, se reconoce como un éxito el poseer características similares a las que el padre tiene. Nos referimos a la capacidad de poder proveer económicamente a su familia; lugar que justamente le permite destacar frente a sus hermanos y frente a su propio padre de quien “*no necesita nada*” pero a quien, al mismo tiempo, busca agradecer; situación ambivalente que lo mantiene en conflicto.

Paciente.- *“Me enteré de que con mi hermano era muy estricto mi papá y hasta golpes le daba, pero conmigo no fue así. No recuerdo alguna vez en que me haya pegado. Luego mi hermano me dijo que una vez hasta habló con mi papá de lo de la casa (sobre unos papeles que le pidió el papá al paciente que arreglara) y mi hermano me dijo es de la herencia de la casa y que nos la dejará a los dos.”* (27-Agosto-2012).

Tomando al superyó como el representante de la forma en que fue el vínculo entre el niño y los padres, siguiendo la línea de S. León (2013), se puede decir que el superyó representa principalmente al padre y contiene la ambivalencia que fue internalizada en el

superyó heredero del complejo de Edipo, instancia que a su vez se encuentra sometida a las pulsiones del ello.

Por otra parte, la elección de su profesión se vio influida por el deseo de agradar a la madre, de ser ese que la madre hubiera querido que fuera y que al mismo tiempo le gane un lugar privilegiado con su madre y su padre de entre sus hermanos. Veamos esto ejemplificado en las siguientes viñetas.

Paciente.- *“Mi mamá era muy estricta con las reglas (antes había comentado que él era muy rebelde y luego cambió). A mí me hubiera gustado que mi mamá viera hasta dónde he llegado, porque de todos mis hermanos yo soy el que terminó una carrera y una especialidad. Mis hermanos mayores no terminaron la escuela y Amelia quedó embarazada, mi otras hermanas son enfermeras y ahora soy yo el que tiene un buen puesto.”* (30-Junio-2012).

Paciente.- *“Tal vez sí, éramos muchos hermanos.”* (3-Septiembre-2012).

Paciente.- *“Mi mamá me obligó en la prepa a meterme a trabajar porque andaba de vago con los amigos siempre. Yo empecé limpiando máquinas de escribir y barriendo, pero pensé que no me gustaba mancharme las manos ni hacer ese trabajo. Eso no era para mí. Entonces, cuando era niño e iba a las clínicas veía a los médicos como gente importante y reconocida; entonces, desde ese momento pensé que quería ser médico”.* (3-Septiembre-2012).

Otra postura distinta que podría complementar lo freudiano es lo que J. Dor (1991) trabaja en su libro “Estructuras clínicas y psicoanálisis”, en donde dedica un apartado al análisis de la estructura obsesiva. Aquí, el autor habla acerca de las relaciones objetales del obsesivo y dice sobre el vínculo con la madre que aparece, a diferencia de la histeria, como un sujeto “demasiado amado por su madre” (Dor, 1991). El niño toma el lugar del objeto de deseo de su madre, ésta lo inviste libidinalmente y lo coloca en un lugar privilegiado. Esto me parece importante porque permite tomar en cuenta el tipo de vinculación que el niño sostiene con las figuras paternas y la importancia que juega el papel de la madre en la introducción de la ley del padre. Este giro que hace Lacan, de quien parte J. Dor en cuanto a la función de la madre y su participación en la introducción de la ley del padre, resulta importante ya que pone de manifiesto que el deseo del niño está colocado en ser el deseo de la madre, lo que trae por consecuencia que el obsesivo fluctúe posteriormente entre esa regresión de ser el deseo de la madre y la obediencia de la ley del padre, lo que producirá la conflictiva obsesiva.

3. “Ahora lo que me importa es mi familia”. La amenaza ante los sentimientos hostiles.

“¿Qué significaría para nosotros, mi esposa y yo, pasar el resto de nuestras vidas prisioneros de un ser casi vegetal, de un bebé monstruoso? Tengo que... librarme de él.” (K. Oé, 1964. p.95). Con este fragmento de la literatura introduciremos el tema de los sentimientos hostiles que despertaban en nuestro paciente a la luz de los mecanismos

defensivos que entraban en acción para disminuir la angustia vivida a nivel consciente percibida por su yo.

Hablando sobre la relación con su esposa comenta: Paciente.- *“Las cosas cambiaron cuando tuvimos hijos. Cuando éramos novios las cosas no eran así. No es que busque que mi mamá la aprobara (a su esposa), pero estaba bien. Ella se llevaba bien con todos e incluso en una ocasión se quedó a dormir en mi casa.”* (30-Mayo-2012).

El paciente se siente amenazado cuando surgen en él sentimientos agresivos u hostiles y frecuentemente recurre a la negación para poder tramitarlos, esto se puede observar a continuación en este fragmento de su discurso.

Hablando sobre una discusión familiar porque una de sus hermanas no asistió a su reunión de cumpleaños menciona lo siguiente:

Paciente.- *“No me molesta. Tal vez en mi infancia mi cumpleaños sí era importante y me lo festejaban, me hacían una piñata con pastel y cerraban la cuadra, pero ahora que ya crecí, ya no es importante.”*

Terapeuta.- *“¿Por qué ahora ya no es importante?”*

Paciente.- *“Porque cualquier día del año pueden ir a mi casa, las puertas están abiertas y si no quieren ir, pues yo no puedo hacer nada.”*

Terapeuta.- *“Siempre te has visto a ti mismo como fuera de tu familia, aún y cuando no estabas casado y vivías con ellos.”*

Paciente.- *“No es cierto, pero yo pienso diferente de ellos y, por ejemplo, una de mis hermanas dijo que ella hubiera preferido que se muriera mi papá y no mi mamá y yo no piensa así sobre mi papá. A mí gustaría que no pasara eso entre mi papá y mis hermanas, el comportamiento de ellas.*

Terapeuta.- *“Así te pones en el mismo lugar frente a tu esposa y tu familia como ante tu papá y tu familia, de “mediador” y pareciera que si ellos están bien, agradecerles.*

Paciente.- *“Sí, quiero que estén bien, pero yo no puedo hacer nada, no puedo cambiar lo que mi hermana piensa o que mi papá fuera diferente con ellos, tampoco que mi papá no estuviera en nuestra infancia; o bueno, al menos que estuviera como función paterna. Me hubiera gustado que pasara más tiempo conmigo, pero eso ya fue en la infancia y ahora las cosas son diferentes y ahora a mí sólo me importa mi familia y estar bien con ellos.”*

(30-Septiembre-2011).

El fragmento de viñeta anterior aparece cargado de sentimientos hostiles dirigidos al padre y muestra la forma en que el paciente niega dichos afectos y el deseo de que hubiera sido su padre el que muriera en lugar de su madre. Así mismo, además de negar este deseo hostil, lo coloca en la hermana a través del mecanismo de la proyección.

En este fragmento de viñeta también se hace alusión a algo que el paciente dijo momentos antes durante esa misma sesión cuando menciona que en momentos donde ocurren dificultades entre su esposa y su familia, él actúa como mediador y permanece ecuánime ante la imposibilidad de poder resolver algo interviniendo de alguna forma. Esto nos hace pensar en que el paciente presenta dificultades para tramitar los afectos hostiles y en lugar de permitirse sentirlos y expresarlos, lo que sucede es que éstos permanecen reprimidos y como formación reactiva aparecen en la consciencia como sentimientos tiernos de preocupación ante lo ocurrido y un deseo consciente de solucionarlo buscando el bienestar de los demás.

Esta es una manera intentar mantener un control sobre aquellos sentimientos prohibidos dirigidos hacia su padre y en ocasiones también hacia su hermana, hijos, esposa y compañeros de trabajo. Entonces, el paciente trata de ejercer un cierto control sobre el contenido afectivo que es inadmitido en la consciencia ante una falla en la tarea de sublimar que presentan los obsesivos. Así, la culpa que Javier Alfonso presenta cuando habla sobre su hijo aparece como un autorreproche de aquello no admisible para su consciencia; es decir, que no aparezca aquel deseo inconsciente prohibido sobre el pesar que le ocasiona la discapacidad de su hijo. Es así entonces que en los neuróticos obsesivos encontramos que la razón por la cual asisten a tratamiento es porque se sienten asechados por sus pensamientos conscientes.

Siguiendo esta misma línea, en el caso de nuestro paciente esto se puede ver desde la primer sesión cuando plantea su motivo de consulta, el cual tiene que ver con un padecimiento físico que le ha ocasionado que al nivel de la consciencia sienta preocupación por su estado de salud y que se generen cuestionamientos sobre si a consecuencia de la

enfermedad no pudiera apoyar a su familia. Esto se vuelve más significativo conforme avanza el análisis, ya que, como hemos visto anteriormente, después se comienza a trabajar sobre la dificultad que para él tiene el colocarse desde el lugar del padre.

Así pues, en la siguiente viñeta mostraremos esta dificultad, pero dicho a través de quienes funcionaban en el aquí y el ahora como representantes de dicha función. Así, el paciente hace un reclamo sobre el cuestionamiento de si ha logrado ocupar y llenar un lugar. Tal como veremos a continuación, hacia el final del tratamiento que llevó a cabo antes de suspenderlo, el paciente ya era capaz de expresar sentimientos de inconformidad, hacer reclamos, usar “malas palabras” y cuestionar su postura ante las figuras de autoridad.

Paciente.- *“Ya casi no he tenido dolores de las fasciculaciones. En el trabajo me enojé con el subdirector y hasta le dije malas palabras”*. Terapeuta.- *“¿Qué te molestó?”*, el paciente responde: *“Es que él me dijo: ‘no haces tu trabajo’, después de que hubo una situación con unos pacientes molestos. Yo le dije ‘¡Ya estoy hasta la madre!, si consideras que no hago mi trabajo consigue a otra persona y yo estoy aquí el tiempo que te tome poner a otro en mi lugar’. Me sentí bien de decirle eso, así ellos saben que no estoy a gusto.”* (27-Agosto-2012).

De igual forma que sus jefes del trabajo actualizan la relación de rivalidad con la figura paterna infantil al sentir molestia hacia ellos al no considerar ser reconocido en sus aptitudes laborales y mencionar que él posee mejores cualidades de organización y responsabilidad laboral que ellos ya que él hace lo “moralmente correcto” al no tomar las ventajas y beneficios que su puesto le otorgaba (por ejemplo, cumplir con sus horas de

trabajo completas aunque no tuviera que marcar su hora de salida o no evitar en mayor medida el no hacer fila para consultas de sus hijos). Así mismo, desde la transferencia ocurría esto cuando el paciente colocaba a la figura del analista como alguien con quien rivalizar utilizando términos y lenguaje médicos mostrando su nivel de formación profesional.

Así, el paciente sitúa al terapeuta, devaluándolo para poder entonces conservar su estatuto de ser mejor que el otro, tal como sucede con su familia. Vive la relación con los otros como una constante amenaza de que el otro le regrese la imagen devaluada de él mismo, de no ser lo suficientemente bueno tal como le demanda su superyó rígido. Misma situación que le ocurre con su hijo, vivido éste como una extensión de él quien le regresa con su discapacidad el no ser el mejor. De esta manera, se entiende entonces que la discapacidad del hijo es algo donde él no tuvo el control y que, como padre, no fue lo suficientemente bueno, a diferencia de como fue respecto de sus logros académicos y laborales. Así pues, el paciente rivaliza con la figura del analista ya que inconscientemente se revive esa autodemanda de tener que ser mejor que los hermanos para continuar siendo agradado por la madre y poder competir con el padre. Entonces, desde la transferencia, coloca al terapeuta en un lugar de saber y con cierto grado de estudios que le permiten situarlo como una figura a la altura para competir.

La transferencia queda expresada en su discurso cuando, a partir del contenido de la sesión, se le pregunta si se siente a gusto en el análisis y responde lo siguiente:

Paciente.- *“Me he sentido bien. De hecho le dije a mi esposa que qué bueno que me tocó una persona que está estudiando un postgrado. No sé qué hubiera pasado si*

me tocaba un estudiante que apenas fuera empezando. En ese caso, qué me podrían decir si yo sé un poco de psicología, de lo que estudié en medicina; pero como quiera no es tan profundo el conocimiento como el que les dan aquí en la facultad.

Terapeuta.- *“Te está siendo difícil cambiar de posición de médico a paciente”.*

Paciente.- *“Pues sí, es difícil.”*

(29-Julio-2011)

El autor D. Schoffer Kraut (2011), habla sobre la transferencia mencionando que en el análisis la transferencia es “(...) el momento en que aparece la repetición, la repetición desde lo real, la repetición que ya no puede ser reducida a lo simbólico y que se expresa como el dolor de “ser” en la transferencia, en la relación con el analista en tanto otro.” (p.161). Así mismo, agrega que, por ejemplo, en la neurosis de transferencia aparecen aquellos fantasmas infantiles que deberán ser elaborados para que la enfermedad desaparezca; es decir, que el síntoma pueda ser elaborado satisfactoriamente. Esto tiene que ver con la repetición del pasado infantil, de todo aquello que no puede ser aceptado por la consciencia, por el yo del sujeto y queda reprimido en el inconsciente buscando su salida valiéndose de desfiguraciones y enmascaramientos a través de los síntomas para lograr la ligazón afectiva entre el afecto y la representación inconsciente.

A partir de todo lo trabajado anteriormente pudimos visualizar las vicisitudes que el paciente enfrenta respecto a la imposibilidad de colocarse en el lugar del padre dada su identificación con la rigidez de la función paterna que él mismo vivió en su primera

infancia en sus relaciones edípicas. Cómo fue que se construyó un superyó igualmente rígido que le hace sentir una gran culpa cuando los afectos hostiles inconscientes intentan pasar a la consciencia y la consecuente activación de mecanismos defensivos de los que se sirve para poder tramitarlos.

CONCLUSIONES

Pudimos ver que la conflictiva del paciente radica en la imposibilidad de ocupar el lugar del padre debido al influjo de su superyó rígido quien le exige hacer cumplir la ley del padre, pero al mismo tiempo fluctúa en la ambivalencia de sentimientos tiernos y hostiles hacia la figura paterna. Por una parte se identifica con esta figura paterna, pero por otra parte sus exigencias superyoicas le demandan no ser como él.

El paciente vive en medio de esta conflictiva, donde no logra conciliar los sentimientos tiernos y hostiles por lo que aparece la culpa manifestada hacia sus hijos, principalmente hacia el hijo mayor, Alfonso, en quien deposita una gran cantidad de agresión no admitida en la consciencia y transformada por medio de la formación reactiva en una preocupación por su estado de salud. Así mismo, aparece como a manera de mandato el tener que ser un padre capaz de proveer tanto lo económico como el soporte afectivo para sus hijos.

Vimos como el paciente constantemente se cuestiona sobre su capacidad para cumplir con la función paterna y la ambivalencia y rivalidad edípica dirigida hacia su padre se actualiza en sus hijos; principalmente en su hijo mayor, quien funge como extensión de sí mismo y quien le muestra su propia incapacidad de ser mejor que el padre.

Por otra parte, se puede decir que respecto a la intervención clínica llevada a cabo con este paciente, se permitió el avance del proceso terapéutico; sin embargo, también hubieron otros elementos que lo limitaron. En un inicio del tratamiento, el lugar transferencial que el paciente daba al terapeuta provocaba resistencias manifestadas en la dificultad de dejar su lugar de médico que posee un saber sobre su sintomatología, para

colocarse en el lugar de paciente que sufre y que logra hacerse preguntas sobre sí mismo y su padecer.

Conforme fue avanzando el tratamiento, y a través de señalamientos y confrontaciones, el paciente fue capaz de lograr un movimiento subjetivo y colocarse, desde la transferencia, en el lugar de un sujeto que sufre y se cuestiona sobre su función de padre y sobre la relación con los miembros de su familia.

Así mismo, también fue capaz de hablar acerca de la muerte de su madre y hacer asociaciones de esto como detonador de distintos síntomas como la culpa y la ambivalencia generados por su superyó demandante. Como si el paciente se exigiera demostrarle a la madre que era capaz de ser aquél hijo exitoso que destaca entre sus hermanos; y al mismo tiempo, cómo a través de sus éxitos profesionales le gana, en la rivalidad edípica, a la figura del padre. Sin embargo, la venida de un hijo discapacitado que representa inconscientemente su propia “discapacidad” de ser el mejor de entre sus hermanos y ser amado y reconocido por los padres, reactiva aquella conflictiva edípica y lo coloca ante su propia castración; situación que desencadena la aparición de diversos síntomas.

El estudio de este caso permite ampliar los conocimientos respecto a la neurosis obsesiva así como del lugar del padre y las vicisitudes que este trae consigo durante la fase edípica y la estructuración del sujeto.

Haber tenido la oportunidad de trabajar este caso con el apoyo de mis supervisores fue una experiencia muy enriquecedora ya que permitió abrir la escucha al paciente y tomar en cuenta elementos de su discurso que el supervisor alcanzaba a escuchar y que permitían

que posteriormente se hicieran intervenciones donde el paciente lograra algún movimiento subjetivo.

Es de suma importancia la continua formación profesional, por lo que el haber estudiado la maestría cumple con este propósito. Permitted el diálogo entre compañeros, maestros y supervisores que favorece el continuar haciéndonos preguntas sobre la clínica psicoanalítica y la teoría que la sustenta. El abrir estas preguntas y cuestionamientos es lo que permite continuar avanzando en pos de una mayor comprensión del tema. Sin duda la formación profesional aquí no termina, es necesario continuar con la lectura de material psicoanalítico y la supervisión de la clínica que se practique.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruno, M. & Pacchioni, M. (2013). Revisión sobre la concepción freudiana de la neurosis obsesiva (1894-1926). Del trauma infantil al infantilismo de la sexualidad anal. En *Verba Volant. Revista de Filosofía y Psicoanálisis Año 3, No. 3*. Obtenido de: <https://www.uces.edu.ar/journalsopenaccess/index.php/FiliyPsi/article/download/48/65>
- Dor, J. (1998). *El padre y su función en psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión. (Texto originalmente publicado en 1989).
- Dor, J. (2006). Cuarta parte. La estructura obsesiva. En *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis* (p.127-154). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1991).
- Etchegoyen, H. (1988). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2003). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*. Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1900).
- Freud, S. (2003). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*. Tomo VII (p.109-224). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1901-1905).
- Freud, S. (2003). Carácter y erotismo anal. En *Obras Completas*. Tomo IX (p. 149-158). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1908).

Freud, S. (2003). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas*. Tomo X (p. 119-185). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1909).

Freud, S. (2003). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Contribución al problema de la elección de neurosis. En *Obras Completas*. Tomo XII (p. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1912).

Freud, S. (2003). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En *Obras Completas*. Tomo XII (p. 330-345). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1913).

Freud, S. (2003). Tótem y Tabú. En *Obras Completas*. Tomo XIII (p. 1-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1913).

Freud, S. (2003). Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. En *Obras Completas*. Tomo XVII (p.113-124). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1917).

Freud, S. (2003). El Yo y el Ello. En *Obras Completas*. Tomo XIX (p. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1923).

Freud, S. (2003). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas*. Tomo XIX (p.177-187). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1924).

Freud, S. (2003). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Tomo XX (p.71-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Texto originalmente publicado en 1926 [1925]).

Lacan, J. (1958). Las formaciones del inconsciente. *Seminario 5*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Laplanche, J., et. al. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. (Texto originalmente publicado en 1967).

León, S. (2013). *El lugar del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan, Winnicott*. Santiago, Chile: RiL Editores. ISBN: 978-956-01-0007-8

Masotta O., Mannoni, O. et. al. (1988). *Los casos de Sigmund Freud 3. El hombre de las ratas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Nasio, J. D. (1996). El concepto de falo. En *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. (p. 43-60). Barcelona: Gedisa. (Texto originalmente publicado en 1988).

Oé, K. (2012). *Una cuestión personal*. Barcelona: Anagrama. (Texto originalmente publicado en 1964).

Schoffer Kraut, D. (2011) El síntoma, lo curable y lo incurable. En revista *Psicoanálisis*. Vol. XXXIII. N° 1 (p. 151-171). Obtenido de: www.apdeba.org/wp-content/uploads/SchofferKraut.pdf

Stern, S. (2006). *Ser un padre hoy en día: Reflexiones actuales en torno a la función paterna*. Trabajo no publicado.

This, B. (1982). *El padre: Acto de nacimiento*. Buenos Aires: Paidós. (Texto originalmente publicado en 1980).

Vaccarezza, L., et. al. (1997). *Manías, dudas y rituales. Teoría y clínica psicoanalítica de la neurosis obsesiva*. España: Paidós.

Villamarzo, P. (1989). *Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica I. Vol. II. Temas Metapsicológicos*. Madrid: Ediciones Marova.